

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

163

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 janvier 1898, à 1 heure

Par SIRON (LÉON-PAUL)

Né à Bas-Lieu (Nord), le 12 mars 1868.

Ex-interne des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'hôpital de la Charité.

DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

DANS LES

PÉRITONITES AIGUËS DIFFUSES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.

MARIE,
RETTERER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

163

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 janvier 1898, à 1 heure

Par SIRON (LÉON-PAUL)

Né à Bas-Lieu (Nord), le 12 mars 1868.

Ex-interne des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'hôpital de la Charité.

DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

DANS LES

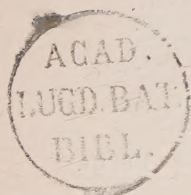
PÉRITONITES AIGUËS DIFFUSES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.

MARIE,
RETTERER, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encé- phale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ N ..
	{ PINARD.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DELA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN:	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEJM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

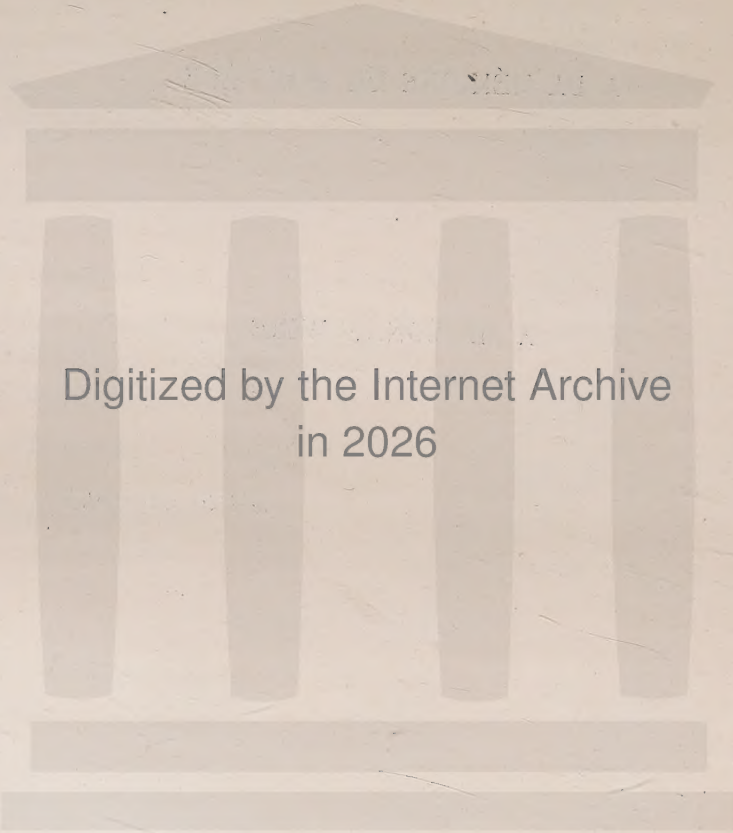
Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

Je dédie ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Après les récentes discussions de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie où les voix autorisées de M. le professeur Dieulafoy d'un côté, d'un grand nombre de chirurgiens en renom comme M. le professeur Terrier, MM. Rou-tier, Brun, Jalaguier, Walther, Quenu, Tuffier pour ne citer que ceux qui le plus souvent prirent la parole et l'on sait avec quel talent, il peut paraître audacieux de notre part d'avoir choisi un tel sujet pour notre thèse inaugurale. Nous dirons pour notre défense que notre maître cette année, M. le Dr Routier, chirurgien de l'hôpital Necker, nous a fait l'honneur de nous pousser dans ce sens. De plus, nous voulons nous occuper seulement d'un point spécial beaucoup plus restreint de la vaste histoire des appendicites en général, qu'elles soient aiguës, subaiguës ou chroniques, c'est-à-dire à rechutes, à répétitions.

Nous voudrions, à l'aide d'un certain nombre d'observations bien discutées, faire entrer dans l'esprit la conviction qui nous anime, à savoir : que si l'intervention précoce laisse encore mourir beaucoup de malades, c'est en elle seule qu'est le salut en cas de péritonite généralisée ou diffuse d'origine appendiculaire et que bien souvent il s'en est fallu de quelques jours, de quelques heures même dans la précocité de cette intervention pour que peut-être le résultat ait été totalement changé.

Mais pour oser cette précocité d'intervention, il faut baser celle-ci sur un diagnostic aussi rapide que ferme. Aussi nous sommes-nous efforcé de mettre en lumière les détails de la symptomatologie et du diagnostic de la péritonite appendiculaire, si facile en certains cas, si difficile pour ne pas dire impossible en certains autres. Nous étudierons donc successivement les lésions anatomiques de la péritonite diffuse aiguë d'origine appendiculaire, ses symptômes, son diagnostic, son traitement et nous terminerons par quelques mots sur l'intervention opératoire, la laparotomie, médiane pour les uns, latérale de telle ou telle direction pour les autres.

Toutes nos observations nous ont été données par trois de nos chefs et nous avons pris à chacun d'eux, tout ce qu'il en possédait sur notre sujet sans en distraire nullement. Nous avons eu l'honneur de prendre nous-même plusieurs d'entre elles et d'aider nos chefs dans les opérations que nous décrivons ainsi d'après ce qu'ils nous ont montré et d'après ce que nous avons vu. Nous n'avons pas voulu en augmenter indéfiniment le nombre en copiant dans les comptes rendus classiques ou les bulletins des grandes sociétés savantes, nous réservant d'y renvoyer le lecteur avec l'indication bibliographique lorsque cela sera nécessaire.

Et d'abord pour bien limiter notre sujet, nous avons préféré le titre plus modeste de péritonite aiguë diffuse à celui de péritonite généralisée bien que M. le professeur Dieulafoy (1), définisse celle-ci, une péritonite plus ou moins étendue sans tendance à l'enkystement. Houzé (2), à la définition

(1) DIEULAFOY, *Manuel de path. int.*, édition 1896, tome III.

(2) HOUZÉ, thèse Paris, 1896.

de qui nous nous rattachons, s'exprime en ces termes : « à l'expression de péritonite généralisée, nous avons préféré celle de péritonite aiguë diffuse, dont le sens anatomique est moins précis et qui nous paraît désigner une inflammation péritonéale étendue, sans tendance marquée à la limitation. »

M. le Dr Routier dont nous avons l'honneur d'être l'interne cette année, la dernière de notre internat, nous a donné l'idée de ce travail et nous a communiqué la plus grande partie des observations sur lesquelles il repose. Nous nous rappellerons toujours avec la plus grande reconnaissance sa profonde bonté à notre égard qui, jointe à sa science chirurgicale, à son habileté opératoire si merveilleuse, en ont fait pour nous le modèle du chirurgien que nous nous efforcerons toujours de suivre, de trop loin hélas, à notre grand regret.

M. Blum, agrégé à la faculté, chirurgien de l'hôpital St-Antoine, a bien voulu nous accepter comme interne de son service en 1895. Nous le remercions de tout cœur de son enseignement si général, si étendu et de la bienveillance qu'il a toujours montrée pour nous.

Que M. Walther, agrégé à la faculté, chirurgien des hôpitaux, accepte l'assurance de notre profonde gratitude pour toutes les bontés qu'il eut pour nous, depuis que, pendant quelques mois à peine, nous eûmes le bonheur d'être son interne à l'hôpital St-Antoine.

Nous serons toute notre vie reconnaissant à M. le Dr Hippolyte Martin de sa bienveillance toute particulière et de l'enseignement dont il nous a fait si largement profiter dans son service médical de l'hôpital Tenon, pendant notre première année d'internat.

M. le Dr Porak, dont nous avons eu le bonheur d'être l'interne à la maternité de l'hôpital de la Charité, doit savoir combien nous lui devons de gratitude pour la façon large et bienveillante dont il nous a laissé, pendant un an, profiter de son service et y faire, sous sa direction, les interventions obstétricales les plus sérieuses.

Nous adressons aussi nos remerciements bien sincères à tous nos maîtres de l'externat dans les hôpitaux :

A M. Troisier, agrégé à la faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, qui a guidé nos premiers pas dans la médecine ;

A M. le Dr Faisans, médecin de l'hôpital de la Pitié, pour son enseignement si brillant et si profond joint à la bonté qui le fait aimer de tous ;

A M. le Professeur Cornil, chez qui nous eûmes le bonheur, tout en profitant de ses savantes leçons, de faire la connaissance de M. le Dr Bonnaire, agrégé à la faculté, accoucheur de l'hôpital Tenon, en ce temps-là son assistant, qui nous a fait voir les difficultés de la gynécologie, nous a fait aimer cette branche de la médecine et s'est toujours montré pour nous un ami en même temps qu'un maître ;

A M. le Dr Toupet, médecin des hôpitaux, qui toujours nous a aidé de ses conseils amicaux et de ses vastes connaissances.

En terminant nous adressons un respectueux hommage à la mémoire de M. de St-Germain dont nous avons eu l'honneur d'être externe à l'hôpital des Enfants-Malades.

Enfin nous conserverons toujours le meilleur et le plus amical souvenir des conseils et des leçons de nos anciens et de nos collègues des hôpitaux, MM. Arroux et Chevalier, chirurgiens des hôpitaux, M. le Dr Macaigne et M. le Dr Durante.

Que M. le professeur Dieulafoy, dont nous avons été quelques mois le stagiaire à notre arrivée à Paris, veuille bien croire à l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

Les divisions entre les péritonites aiguës diffuses de cause appendiculaire peuvent être très nombreuses suivant le point de vue auquel on se place. Tout d'abord d'après la façon dont se comporte l'appendice en infectant la grande séreuse péritonéale, nous avons deux formes : la péritonite par perforation et la péritonite par propagation.

1° Dans la péritonite par perforation, l'appendice perforé en un ou plusieurs points verse dans le péritoine les produits septiques qui l'infectent de manière plus ou moins grave, plus ou moins rapide, suivant que la séreuse a ou non le temps de réagir, de se défendre. L'appendice, calculeux ou non, est gangréné, ulcéré, perforé. La perforation est tantôt unique, tantôt double (obs. 15), quelquefois même triple. Enfin il arrive de voir le processus vermiforme séparé du cæcum (obs. 34) et il peut se faire qu'on ne le trouve pas : il est alors totalement détruit par la gangrène et ses débris sont mélangés au pus et aux détritüs sphacelés qui entourent la région cæcale.

2° La péritonite par propagation peut s'établir par infection partie de l'appendice non perforé. En ce cas, celui-ci est ordinairement turgide, distendu, quelquefois sphacélé en entier : les microbes ont passé à travers la paroi appendiculaire malade pour aller infecter le péritoine (obs. 18). L'ap-

pendice est alors rouge, violacé, turgescant, comme en érection. Quelquefois il est gonflé et apparaît gros comme le doigt ou comme une saucisse. On le trouve assez souvent en forme de massue, c'est-à-dire qu'il y a une partie dilatée, la terminale reliée au cæcum par une portion plus étroite. Dans ces cas on a directement sous les yeux, la cavité close. Nous avons vu à plusieurs reprises M. Routier essayer par pression de faire rentrer dans le cæcum le liquide contenu dans la cavité close sans jamais réussir à autre chose qu'à faire éclater l'appendice entre ses doigts. M. le professeur Dieulafoy a toujours alors prouvé, par l'examen histologique, la persistance de l'oblitération canaliculaire de l'appendice, quelle qu'ait pu être la cause de cette oblitération.

Dans une autre forme, c'est la rupture d'un foyer péri-appendiculaire qui a causé la péritonite par propagation (1). On voit alors des signes d'inflammation subaiguë de toute la séreuse péritonéale. L'intestin est distendu, recouvert de fausses membranes fibrineuses et vers la région appendiculaire on tombe dans un foyer sanieux, infect, dont la rupture a disséminé l'infection dans le péritoine. Cette forme a l'air un peu moins grave que la péritonite par infection directe et que la péritonite par perforation de l'appendice.

Les discussions de la Société de chirurgie ont à peu près nettement différencié deux formes de la péritonite appendiculaire généralisée que nous allons décrire :

- 1° La péritonite septique ;
- 2° La péritonite purulente aiguë diffuse.

(1) CORNIL, *Sem. médicale*, 1889.

§ 1. — **Péritonite septique.**

La péritonite septique généralisée appelée aussi septicémie péritonéale suraiguë, infection péritonéale diffuse (1), se caractérise par une intoxication rapide du malade qui meurt en 48 heures, 24 heures, parfois même en quelques heures. Elle suit ordinairement la perforation rapide de l'appendice mais peut n'être que l'aboutissant d'une infection appendiculaire sans perforation de l'appendice, par passage des microbes à travers la paroi appendiculaire malade.

Ce passage des microbes à travers la paroi appendiculaire ne se fait que dans la portion malade de l'appendice (2). Les coupes histologiques montrent que la paroi appendiculaire a conservé sa structure dans la portion libre de l'appendice, au-dessus de l'oblitération de la lumière du processus vermiciforme. Au contraire, au niveau de la cavité close, la muqueuse est ulcérée, sa partie profonde seule existe encore ; on ne voit plus que le fond des glandes. De nombreuses colonies microbiennes occupent le tissu lymphoïde sous-jacent à la muqueuse et les travées du réseau lymphoïde. Dans des coupes en séries, dans celles par exemple que publie M. le professeur Dieulafoy, on voit les bacilles traverser la paroi de l'appendice en grand nombre tantôt dans les leucocytes, tantôt isolément, tantôt en amas comme s'ils étaient en culture pure, pour marcher, comme il le dit, à la conquête du péritoine.

(1) JALAGUIER, *Soc. chirurgie*, juillet 1895.

(2) DIEULAFOY, *Leçons 15, 16 et 17 des Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1896-1897.

Lorsqu'on ouvre le péritoine, on ne trouve aucune trace d'adhérences, les anses intestinales, quelquefois à peine rouges, ne présentant que quelques arborisations vasculaires, baignent dans un épanchement séreux louche, roussâtre, à odeur infecté, ressemblant à du bouillon sale. On y distingue quelquefois des débris de matières stercorales, des détritits sphacelés et plus rarement quelques fausses membranes à peine ébauchées. Cet exsudat peut se produire en abondance avec une extrême rapidité : ainsi dans un cas cité par MM. Jalaguier et Nélaton, en vingt-deux heures, le liquide septique avait envahi tout l'abdomen ; c'était une véritable inondation, dit M. Jalaguier. D'autres fois au contraire, l'exsudat peut être très peu abondant et même nul. C'est le cas du malade de notre observation 39 et nous avons toujours vu notre maître, M. Walther, exprimer les plus grandes réserves lorsqu'il tombait sur ces formes sèches de péritonite septique. Alors on trouve souvent le péritoine rouge, infecté, dépoli (1) Parfois aussi le péritoine est à peine touché, on ne voit que quelques rares arborisations vasculaires ; la péritonite est à l'état d'ébauche. Néanmoins le *bacterium coli* a fait son œuvre et souvent l'organisme intoxiqué n'a plus la force de réagir et le malade meurt dans le collapsus malgré l'intervention. On voit par là que l'appendicite est une maladie toxi-infectieuse, agissant en même temps par ses microbes et par ses toxines.

Quelle que soit la variété, sèche ou exsudative, de cette infection péritonéale, la virulence des microbes ou des toxines (propagation à travers les parois de l'appendice) ou la

(1) DIEULAFOY, *Leçons cliniques*, loc. cit.

masse des matières toxiques faisant tout à coup irruption dans le péritoine (perforation de l'appendice), en d'autres termes, la qualité ou la quantité de l'infection, souvent les deux réunies, cette infection détermine une septicémie sur-aiguë ne donnant pas à l'organisme le temps de se défendre, de réagir par la formation de pus, d'un abcès localisé ou non.

Quant à la gravité de chacune de ces variétés de péritonite septique, nous mettrions volontiers en première ligne la forme sèche, puis viendrait la forme à bouillon sale peu abondant. Lorsque l'exsudat est en assez grande abondance et qu'il est séreux ou séro-purulent, on se rapproche de la péritonite purulente où l'espoir commence à être permis.

§ 2. — **Péritonite purulente.**

La péritonite purulente diffuse aiguë d'origine appendiculaire se montre lorsque la perforation de l'appendice n'existe pas ou qu'elle s'est faite progressivement, en un mot, lorsque la séreuse péritonéale a eu le temps de réagir, d'essayer par la diapédèse, une résistance aux éléments infectieux (1).

L'exsudat est tantôt séreux, comme dans le cas de péritonite septique, tantôt séro-purulent, ou bien c'est du pus franc que l'on rencontre. Quoi qu'il en soit, lorsque le liquide remplit tout l'abdomen, au fur et à mesure que l'on se rapproche de la région appendiculaire, on le voit se transformer, pour avoir en ce point les caractères du pus vrai, phlegmo-

(1) QUENU, *Soc. chirurgie*, juillet 1895.

neux. M. Routier (1) a insisté sur la présence dans l'abdomen d'un pus d'apparence particulière, blanc, crémeux, lactescent, contrastant d'une façon très nette avec le pus vert, phlegmoneux qui entoure l'appendice. C'est pour notre maître un signe d'un pronostic favorable : « Je suis heureux de le rencontrer, dit-il, car alors on peut espérer guérir les malades ». Dans nos observations 4 et 13 on voit du liquide lactescent s'écouler à l'incision et les deux cas se terminent par la guérison.

L'abondance de l'épanchement est des plus variable, quelquefois on trouve plusieurs litres de liquide que l'on voit alors, à l'ouverture du péritoine, jaillir comme s'il était sous pression. Il est répandu dans tout l'abdomen, mais s'amasse tout particulièrement dans le petit bassin, les flancs, remonte jusqu'au foie et jusqu'au diaphragme. Il conserve ordinairement l'odeur spéciale du pus né au voisinage de l'intestin et en certains cas, assez souvent même, nous a-t-il semblé, une odeur stercorale infecte, sans qu'il y ait perforation de l'appendice vermiculaire.

Le péritoine viscéral, congestionné, vascularisé, présente des arborisations surtout vers l'angle iléo-cæcal. Les anses intestinales sont recouvertes de fausses membranes plus ou moins épaisses, jaune-verdâtre, dont quelques-unes sont détachées et libres dans le liquide purulent. Tantôt ces anses nagent sur le pus qui occupe alors les fosses lombaires, le petit bassin, elles sont séparées les unes des autres par des lames de liquide ou des fausses membranes qui pénètrent entre elles jusqu'à l'insertion du mésentère, tantôt, au con-

(1) ROUTIER, *Académie de médecine*, 1890 ; *Soc. de chirurgie*, juillet 1895.

traire, les fausses membranes réunies les protègent, les recouvrent d'un magma épais en les isolant et les appliquant soit contre la colonne vertébrale, soit vers le petit bassin et transforment ainsi la péritonite purulente en une sorte de vaste abcès intra-péritonéal séparé de l'intestin. Il est possible qu'en certains cas, ces vastes poches enkystées aient été prises pour des péritonites généralisées et que les guérisons publiées se rapportent pour quelques-unes à ces formes.

A côté de cette péritonite enkystée, M. Nélaton (1) décrit « une péritonite enkystée à foyers péritonéaux multiples » dans laquelle on trouve un foyer cæcal bien enkysté, séparé d'autres foyers pelvien, lombaire par exemple, également circonscrits par des adhérences. L'existence de ces « abcès péritonéaux enkystés à foyers multiples », véritables abcès septiques disséminés dans le péritoine loin du foyer d'origine, n'a d'ailleurs que peu d'importance au point de vue clinique. En revanche le pronostic est assez favorable d'après M. Nélaton et, cela se conçoit, si l'on songe que la formation du pus et des adhérences est une preuve de la réaction de l'organisme, de l'effort du péritoine à se défendre contre une infection. D'ailleurs nous ne faisons pas rentrer cette forme dans la péritonite aiguë diffuse, aucune de nos observations n'y a trait. M. Nélaton lui-même la définit un intermédiaire entre la péritonite généralisée et la péritonite enkystée et nous ne l'avons citée que pour la rejeter de notre travail.

Avant de terminer ce chapitre d'anatomie pathologique, nous voudrions dire un mot de la bactériologie (2) des péri-

(1) NÉLATON, *Soc. chirurgie*, juillet 1895.

(2) MACAIGNE, *Soc. chirurgie*, juillet 1895. Communication de M. MONOD.

tonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire. La richesse microbienne du pus des péritonites appendiculaires est très grande. Le coli-bacille est presque toujours en cause, tantôt seul, le plus souvent associé au streptocoque. Pour Macaigne, ce serait ce dernier qui serait la principale cause des appendicites : en effet, dit-il, on trouve presque toujours ce microbe pathogène, agent habituel de la suppuration à côté du bacterium coli qui n'est, lui, pyogène que par occasion. Dans nos observations, l'analyse bactériologique du pus a été rarement faite : une fois (obs. 26) on a trouvé du streptocoque, une fois (obs. 22) des microbes divers associés au coli dans le liquide de l'appendice, le bacterium coli seul dans le liquide péritonéal.

M. le professeur Dieulafoy (1) étudie la bactériologie des liquides appendiculaires et en même temps le bacterium coli, dont la virulence est exaltée dans la cavité close appendiculaire, que cette cavité close soit de cause calculeuse, de cause inflammatoire ou de cause mécanique (torsion, coudure, etc.). Après avoir rappelé les travaux de Clado, de Klecki, les expériences de MM. Hartmann et Mignot, il publie le résultat de ses propres expériences faites dans son laboratoire avec M. Caussade. Ayant ensemencé deux bouillons, l'un avec une parcelle de liquide pris dans la partie libre du canal appendiculaire, l'autre avec un peu de liquide pris dans la cavité close, ils inoculèrent deux cobayes avec quinze gouttes du bouillon de culture n° I et parallèlement deux cobayes de même poids avec du bouillon n° II (ensemencés le n° I avec du liquide de la partie libre, le n° II avec celui de la cavité

(1) DIEULAFOY, *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897, leçon 16.

close); cette expérience fut renouvelée de 2 en 2 jours jusqu'à ce que l'on eut inoculé douze cobayes, six avec le bouillon I. six avec le bouillon II. Les six premiers guérèrent, les six derniers moururent tous infectés après avoir présenté des abcès gangréneux dans le pus desquels on trouva du *bacterium coli* pur. Cela montre bien l'exaltation de virulence de la toxicité que prennent les microbes, dans la cavité close appendiculaire et dans cette cavité close seule.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

La péritonite aiguë diffuse d'origine appendiculaire n'est pas univoque : elle n'a pas de symptômes qui lui soient propres, mais au contraire, chaque cas paraît différer du précédent comme il différera du suivant. Le mode d'infection du péritoine (perforation ou propagation), la virulence de cette infection, sa rapidité et la réaction particulière du péritoine sont autant de facteurs à faire entrer en ligne de compte.

Le début dans la péritonite aiguë diffuse peut être dramatique : au milieu d'une santé parfaite, un malade est pris de brusques douleurs dans l'abdomen. Cette douleur, très vive, lancinante, exquise, pouvant aller jusqu'à la syncope, siège surtout en bas et à droite, vers la fosse iliaque. En même temps il se produit un sentiment d'angoisse avec état nauséeux, vomissements bilieux, pouls petit, parfois irrégulier, température peu élevée, normale ou abaissée, quelquefois après un frisson qui bien souvent passe inaperçu ; le visage se grippe rapidement, la péritonite est établie. Dans ces cas on doit toujours craindre la septicémie péritonéale suraiguë, l'infection grave contre laquelle la chirurgie est presque impuissante, il faut bien le reconnaître.

D'autres fois au contraire, le malade est mal à l'aise depuis quelques jours. Il y a eu de l'inappétence, quelques co-

liques mal localisées, néanmoins presque toujours sous-ombilicales, de la constipation ou plus rarement un peu de diarrhée. Il a cessé ou non ses occupations, mais presque toujours devant cet état gastrique et sans avoir recours à un médecin, il s'est purgé et a pris plusieurs lavements. Au milieu de cette indisposition sans gravité apparente, éclatent tout à coup, brusquement les symptômes de la péritonite qui vient de se constituer (obs. 14). Ces deux modes de début nous semblent relever presque toujours de la perforation de l'appendice iléo-cæcal qui se traduit par la douleur brusque, syncopale et le tableau dramatique que nous avons essayé d'esquisser.

Dans d'autres circonstances on ne peut savoir quand la péritonite s'est établie. Depuis quelques jours, comme dans le cas précédent, le malade, sans fièvre, était soigné pour un peu d'embarras gastrique sans gravité bien qu'on eût trouvé une douleur fixe dans la fosse iliaque droite. Peu à peu le ventre se ballonne, la douleur s'irradie dans tout l'abdomen, En même temps le facies s'altère, les vomissements bilieux d'abord, porracés ensuite s'établissent, le pouls s'élève et devient irrégulier tandis que la température reste stationnaire ou s'abaisse, il survient du hoquet, le malade se refroidit et meurt en collapsus. Il est impossible ici de dire à quel moment la péritonite a commencé : il existait certainement une appendicite, mais les phénomènes de réaction auxquels elle avait donné lieu, avaient été méconnus ou regardés comme peu importants ou négligeables et la lésion a évolué vers la péritonite sans rien pour l'enrayer, l'arrêter dans sa marche.

Ce sont ces cas qui ont déterminé M. le professeur Dieula-

foy (1) à toujours demander l'intervention hâtive, précoce. En effet, comme il le fait remarquer, la péritonite appendiculaire ne se prête à aucune description méthodique. Tantôt la péritonite diffuse septique suraiguë, tue en quelques heures un malade chez qui l'appendicite semblait devoir être des plus bénignes, tantôt des symptômes bruyants aboutissent à une péritonite localisée ou diffuse qui guérit rapidement après l'intervention. En d'autres circonstances le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée avait été porté d'une façon ferme, et le ventre ouvert, on ne trouve rien ou presque rien, le péritoine est à peine touché, la péritonite est à l'état d'ébauche. Et pourtant l'intervention ici encore était justifiée, l'appendicite a évolué surtout comme maladie intoxicante, tout l'organisme est ébranlé et le pronostic est des plus graves.

Enfin nous citerons pour mémoire, dans la péritonite aiguë diffuse de cause appendiculaire, les débuts à forme de coliques néphrétiques (obs. 27 et 28) dont nous reparlerons au diagnostic, les débuts par embarras gastrique fébrile (obs. 14), par vomissements bilieux sans autre trouble initial (obs. 27).

Dans la forme d'état, lorsque la péritonite est établie, les symptômes sont ceux bien connus de la péritonite aiguë diffuse. Néanmoins plusieurs points nous semblent spéciaux à l'infection du péritoine par lésion primitive de l'appendice vermiculaire. Le malade a le facies altéré, grippé, dit-on, les yeux sont excavés, le teint plombé, les lèvres et la langue sèches, quelquefois rôties : à certains moments, surtout lorsque la fin approche, que la situation est grave, le visage est

(1) DIEULAFOY, *Leçons cliniques. Loc. cit.*

couvert de sueurs visqueuses en même temps que les extrémités se refroidissent. Le pouls est petit, parfois incomptable, tantôt avec des intermittences (obs. 27), tantôt sans irrégularité. La température dépasse rarement 38°2 ou 38°5, bien souvent même elle reste normale quand elle ne descend pas au-dessous de cette normale. Cette dissociation du pouls et de la température existe dans toutes les infections péritonéales et n'a rien de particulier dans le cas qui nous occupe. Peut-être acquiert-elle une plus grande importance lorsque, une appendicite aiguë étant diagnostiquée, on voit la température, élevée jusque-là, baisser tout à coup, parfois après un frisson, tandis que le pouls monte de son côté, la dissociation se faisant pour ainsi dire sous l'œil du médecin. La respiration, abstraction faite de l'angoisse causée par la douleur vive du début, est accélérée : le refoulement du diaphragme amène de la dyspnée, les inspirations courtes, peu profondes peuvent aller jusqu'à quarante par minute (obs. 12). Le hoquet existe dans les cas graves et proche de la mort.

Il y a généralement, dans l'appendicite, qu'elle aboutisse ou non à la péritonite généralisée, suppression des gaz et des selles. Les gaz sont presque toujours supprimés, quelquefois les purgatifs et les lavements, également intempestifs d'ailleurs, amènent une selle. Parfois aussi il y a de la diarrhée fétide se reproduisant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures pendant plusieurs jours consécutifs (obs. 35). En même temps il s'établit des vomissements bilieux, porracés, rarement fécaloïdes. Tantôt le malade vomit sans cause et abondamment, tantôt c'est seulement à propos de l'ingestion des plus petites quantités d'aliments solides ou liquides.

Les urines sont rares et colorées, troubles en général. Il faut se rappeler que certaines formes d'appendicites sans péritonite généralisée, où le processus vermiforme est à type descendant, peuvent amener des troubles vésicaux par voisinage de l'appendice malade plaqué entre la vessie et la paroi du petit bassin.

Comme dans toute péritonite le ventre est ballonné, douloureux partout, sonore dans toutes ses parties ou seulement dans sa partie supérieure, la portion sous-ombilicale étant mate sur une plus ou moins grande hauteur et, point particulier, plus souvent dans la fosse iliaque droite. Cela est vrai lorsque la péritonite est déjà établie depuis quelques heures, que du liquide a eu le temps de s'épancher et de gagner les parties les plus déclives. On a même préconisé, dans ce cas, le toucher rectal pour s'assurer de la présence d'un épanchement dans l'excavation. M. Quenu (1) condamne cette recherche, tandis que pour M. Tuffier (2), elle devrait toujours être faite avant de prendre le bistouri. Mais il y a deux signes qui n'existent pas, du moins aussi nettement, dans les péritonites aiguës d'origine non appendiculaire : la douleur spéciale et la contracture musculaire.

La douleur est exquise, vive, quelquefois insupportable : son point maximum déterminé par Mac Burney est au milieu d'une ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ce maximum est ordinairement d'une surface peu étendue, celle d'une pièce de cinq francs en moyenne. Il est remarquable de retrouver le point de Mac Burney à peu près immuable, même lorsque la péritonite existe déjà

(1) QUENU, *Soc. de chirurgie*, octobre 1895.

(2) TUFFIER, *Soc. de chirurgie*, octobre 1895.

depuis un certain temps et que les localisations péri-appendiculaires sont négligeables. Si ce point maximum de la douleur doit être cherché en certains cas et alors il est généralement trouvé avec facilité, nous avons vu à maintes reprises le malade l'indiquer lui-même très nettement lorsqu'on lui disait de poser son doigt sur le point le plus douloureux de l'abdomen. M. Routier ne manque jamais de faire cette petite expérience et l'on verra ce fait signalé à plusieurs reprises dans nos observations à propos d'enfants ayant tout juste l'âge de raison (obs. 19, 20, 32). M. le professeur Dieulafoy, dans ses leçons à la Faculté, a insisté sur un signe douloureux spécial, l'hyperesthésie de la peau de la région appendiculaire, hyperesthésie telle que le frôlement de la pulpe de l'index, de la pointe d'un crayon est insupportable et fait crier le malade (obs. 18, 21). Parfois même la palpation et la percussion de la région en sont rendues impossibles.

La contraction musculaire du côté droit est constituée par le muscle sous-jacent à la peau, intermédiaire à celle-ci et à l'appendice lésé. Le muscle est tendu, dur, en défense. Dans les péritonites généralisées d'autre cause, cette contraction musculaire, moins forte cependant, occupe toute la paroi abdominale et n'est pas localisée à un côté. M. Routier nous l'a montré bien souvent, la paroi du côté gauche est plus souple, se laisse déprimer tandis qu'à droite on rencontre une résistance plus ou moins grande mais qui peut aller jusqu'à une dureté de bois. Quelle que soit la défense musculaire, elle met obstacle à la palpation profonde de la fosse iliaque qu'elle empêche même souvent d'aborder et c'est elle qui donne cette fausse sensation de tumeur en boudin, d'empatement diffus de la fosse iliaque et de la paroi anté-

rière de l'abdomen. Deux preuves nous suffiront pour démontrer ce que nous avançons et ce que notre maître, M. Routier, a souvent déclaré à la tribune de la Société de chirurgie. La première c'est que, quand la contraction musculaire a cédé sous le chloroforme, la palpation la plus attentive ne fait rien sentir dans la fosse iliaque. Souvent M. Routier nous a fait très nettement constater cela et souvent aussi, l'opération terminée, il nous a montré un appendice de dix à quatorze centimètres, gros comme un crayon et qu'il eût été ridicule d'avoir la prétention de sentir à travers la paroi abdominale même non contracturée.

Telle est la marche générale de la péritonite aiguë diffuse d'origine appendiculaire et les symptômes qui la distinguent. Mais il s'en faut que ce tableau soit toujours le même et parfois, c'est sous le masque d'une autre affection qu'il faut la dépister. Le plus souvent on se trouve en présence d'un ensemble de symptômes insidieux qui font croire à une pseudo-occlusion intestinale ou même à une occlusion vraie. Pour M. Gérard Marchant (1), c'est surtout dans la péritonite par propagation que l'on rencontre les symptômes de l'occlusion intestinale. Il cite deux malades soignés par lui et qui lui furent présentés avec « des vomissements fécaloïdes, la distension des anses intestinales, l'absence de garde-robes ». La double intervention, laparotomie médiane à cause du diagnostic, fut suivie d'un double succès et l'on en conçoit aisément la cause en lisant les observations : la marche de la péritonite ayant été lente dans les deux cas avait permis au péritoine de se défendre autant que possible.

(1) CII 111 MARCHANT, *Soc. de chirurgie*, juillet 1897.

M. Nélaton (1) dans ses observations ne donne qu'une fois la cause de la péritonite, perforation de l'appendice. Il insiste surtout sur la difficulté du diagnostic et se base pour y arriver sur l'ensemble des symptômes : l'arrêt des matières laissant assez souvent encore passage à quelques gaz, le météorisme habituellement léger, la dissociation du pouls et de la température quand elle existe, la douleur circonscrite, non généralisée, les vomissements et le facies péritonitique. Il fait remarquer l'importance du diagnostic pour éviter aux malades les lavements, les purgatifs, si souvent vomis aussitôt leur ingestion, qui ne peuvent qu'aggraver leur situation. Il y a aussi un grand intérêt à établir de bonne heure le diagnostic qui permettra une intervention précoce. Si l'occlusion existe réellement, on fait un anus contre nature qui est le vrai traitement de l'occlusion. Comme M. Gérard Marchant, il a eu en ces différents cas plusieurs succès, et, bien qu'opérés très tard, ses malades guérirent en majorité.

M. Jalaguier (2) fait une distinction des symptômes de la péritonite septique diffuse et de la péritonite purulente généralisée. Celle-là débute comme une vulgaire indigestion, sans vive douleur abdominale, avec ballonnement peu accusé, sonorité presque normale, dissociation du pouls et de la température, teint terreux, plombé, ocreux : on a l'impression que l'organisme est très profondément touché. La péritonite purulente se présente avec des symptômes plus bruyants ; les douleurs spontanées et provoquées sont plus vives, le météorisme est plus accentué, le pouls et la température sont moins nettement dissociés, on trouve de la ma-

(1) NÉLATON, *loc. cit.*

(2) JALAGUIER, *loc. cit.*

tité à la partie inférieure de l'abdomen. Les vomissements existent de bonne heure ; on a souvent les phénomènes d'une occlusion intestinale. Le facies est péritonitique mais moins plombé que dans la forme septique. La respiration est plus gênée, plus courte, le diaphragme étant plus douloureux dans l'inspiration qui l'abaisse. Très fréquemment dans cette forme M. Jalaguier a observé une sorte d'œdème de la paroi et de la dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

La marche de l'affection est rapide : dans la forme septique suraiguë elle peut évoluer tout entière en quelques jours et la mort survient par intoxication suraiguë. La forme purulente généralisée met plus longtemps avant d'arriver à cette extrémité ; elle permet à l'intervention chirurgicale de se produire avec des chances de succès. Lorsque la guérison doit survenir elle est annoncée par des symptômes d'arrêt dans l'évolution de la péritonite : les vomissements cessent, des gaz sont émis prouvant en même temps l'intégrité du tube digestif et la cessation de la paralysie de l'intestin, la température et le pouls reviennent à la normale. Souvent ces signes de bon augure apparaissent dans les 24 heures qui suivent l'intervention. En un cas néanmoins (obs. 30) nous avons vu la première émission des gaz n'avoir lieu que deux jours et demi après l'opération et jusque-là le pouls resta élevé.

La mort, que l'intervention n'ait pas été pratiquée (obs. 4) ou qu'elle l'ait été, survient par le cœur (syncope, obs. 28) ou par les progrès de la péritonite, dans le collapsus : le plus ordinairement le malade se refroidit peu à peu et meurt. Cette issue fatale est souvent annoncée par la continuation

des vomissements : le vomissement noir a le plus fâcheux pronostic. Quelquefois la péritonite semble arrêtée dans son évolution pendant quelques heures, vingt-quatre heures, rarement deux ou trois jours (obs. 2), puis elle reprend son cours et emporte le malade. Enfin il faut signaler comme causes de la mort les infections secondaires comme les abcès aréolaires du foie (obs. 19), comme les abcès éloignés (obs. 13) et les accidents mécaniques comme l'occlusion (obs. 20) qui suivent la péritonite, même enrayée, arrêtée par l'intervention.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Le diagnostic de la péritonite aiguë diffuse d'origine appendiculaire est relativement facile, d'après les symptômes que nous avons passés en revue, du moins dans les cas normaux. Cependant il peut être très difficile pour ne pas dire impossible : en effet il n'y a ici aucun signe pathognomonique et c'est l'ensemble seul des symptômes, quelquefois l'analyse de nuances peu appréciables qui conduira au diagnostic. Etant donné une appendicite aiguë, l'hésitation peut être très grande pour savoir si l'on a affaire à une péritonite aiguë diffuse concomitante ou s'il n'y a pas de péritonite généralisée. Le diagnostic alors doit se baser sur le facies du malade, les caractères de la douleur, l'état du pouls, de la température et de la respiration.

Le facies péritonitique est bien connu et nous ne répétons pas sa description que nous avons déjà donnée plus haut. Les caractères de la douleur sont très importants et doivent être déterminés avec le plus grand soin ; mais il faut se défier des cas où l'appendice est situé anormalement, à gauche par exemple, de ceux où le malade lui-même localise mal ou pas du tout la douleur. La dissociation du pouls et de la température est le meilleur signe de péritonite généralisée, surtout quand la température s'est abaissée après avoir été haute ou bien lorsqu'un frisson a annoncé que la séreuse

péritonéale prenait part à l'infection. Une température au-dessus de 39°, le pouls restant peu rapide, fera incliner vers le diagnostic de péritonite localisée. Dans certains cas, cependant, la température reste élevée, mais le pouls est petit, filiforme, misérable, il bat à 120, 140 ou même est incomptable : le pouls fera ici le diagnostic. Mais, comme le dit M. Routier, il ne faut pas oublier que l'on peut faire des litres de pus sans avoir plus de 38° et avec un pouls au-dessous de 100. Cette ascension peu importante du pouls est d'ailleurs une exception et se rencontre très rarement. La respiration a souvent dans la péritonite un rythme accéléré, abstraction faite de l'angoisse causée par une douleur très vive. Dans notre observation 17 c'est l'anxiété, l'angoisse respiratoire du malade qui ont décidé M. Routier à intervenir.

Il faut aussi tenir compte de l'abaissement du taux urinaire tout en se rappelant, ce que nous avons déjà dit plus haut, que, dans certains cas d'appendice à forme descendante, il existe souvent des troubles vésicaux.

Enfin, on doit surtout se persuader de ce fait, c'est que le diagnostic de la péritonite aiguë diffuse n'est pas toujours possible à poser. D'ailleurs, qu'il y ait ou non péritonite diffuse, l'appendicite existe et cela est suffisant pour que l'on n'hésite pas à intervenir, le malade n'ayant que de bons résultats à attendre dans un cas comme dans l'autre, d'une opération précoce. M. Routier, notre maître, l'a dit bien souvent devant nous et M. le professeur Dieulafoy le proclame aussi bien haut : « on ne se repent jamais d'être intervenu trop tôt, on se repent souvent d'avoir opéré trop tard ». De plus comme nous l'avons vu (1), bien souvent les plus

(1) DIEULAFOY, *Leçons cliniques*, 1897, *passim*.

terribles accidents peuvent suivre une appendicite qui paraissait devoir être des plus bénignes. Le tableau symptomatique est loin de concorder toujours, nous dirons même qu'il concorde rarement, avec le pronostic de la marche et de la terminaison d'une appendicite au début. Nous le répétons avec M. le professeur Dieulafoy, en face de cette affection les plus grandes réserves sont à faire comme les plus grands dangers à redouter.

Nous ne nous occuperons pas du diagnostic différentiel avec la colique hépatique, sans fièvre, à points douloureux spéciaux bien connus, ni avec la colique néphrétique dont nous dirons la même chose en signalant cependant dans certaines formes d'appendicite à type descendant, une douleur irradiée vers le cordon avec rétraction du testicule (obs. 17). Dans deux autres de nos observations (27 et 28) des médecins instruits s'en sont laissé imposer au début de l'appendicite pour des coliques néphrétiques. L'entéro-colite muco-membraneuse donne lieu à des coliques siégeant surtout autour de l'ombilic : il n'y a pas suppression des gaz et elle s'accompagne de diarrhée muqueuse, glaireuse avec débris membraneux.

Le diagnostic des péritonites par perforation (1) est facile en général, lorsqu'on a les commémoratifs d'une affection antérieure, fièvre typhoïde, ulcère de l'estomac ou du duodénum, hydropisie de la vésicule biliaire, abcès du foie, dysenterie, tuberculose intestinale. Mais, lorsque la péritonite par perforation apparaît brusquement, sans cause connue, chez un adulte jusque-là en bonne santé, il peut être des

(1) Houzé, *op. cit.*

plus délicats. Les commémoratifs enseigneront avec assez de probabilité le siège de la perforation sur l'iléon et vers sa terminaison dans la fièvre typhoïde, vers le même point dans la tuberculose intestinale, sur le bout terminal du gros intestin dans la dysenterie. Néanmoins, il ne faut pas oublier que, dans certains cas, le diagnostic de l'affection causale n'est pas posé et que la péritonite par perforation peut être le premier symptôme de la rupture d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, de l'ouverture d'un abcès du foie qui ne s'était manifesté que par quelques troubles gastriques peu sérieux. On doit aussi se défier de la matité dans les parties déclives due à l'épanchement qui suit la perforation et qui peut faire croire à une péritonite sous-ombilicale localisée alors que la lésion causale est située très haut. Enfin, en certains cas, la perforation n'a pu être trouvée après la laparotomie, loin d'avoir été diagnostiquée d'avance.

La douleur au moment de la perforation est très violente, siégeant par exemple au point de Mac Burney dans l'appendicite, s'irradiant vers les hypochondres et la région inter-scapulaire dans l'ulcère de l'estomac. Cette douleur spontanée, localisée, fait vite place à une douleur diffuse, mais néanmoins on peut, par la pression, retrouver son maximum pendant plusieurs jours encore et, dans ce cas, c'est le meilleur signe de diagnostic du siège de la perforation. Nous ferons remarquer que dans l'appendicite cette douleur est d'ordinaire assez modérée, qu'elle passe souvent inaperçue et qu'elle n'acquiert jamais l'intensité de la perforation stomacale ou duodénale (coup de poignard péritonéal).

Chez la femme on ne devra pas oublier le toucher vaginal et le toucher rectal. Cette précaution mettra parfois sur la

trace du diagnostic et, jointe au palper abdominal, pourra faire reconnaître une lésion suppurée des annexes qui s'est ouverte dans le péritoine. En même temps le toucher vaginal renseigne sur l'état des organes voisins et sur la présence d'un épanchement intra-péritonéal. Le toucher rectal donnera ce dernier renseignement chez l'homme.

Les péritonites par infection puerpérale seront diagnostiquées par les commémoratifs d'un accouchement, d'une fausse couche : elles ne débutent pas brusquement et il n'y a généralement pas dans ce cas de maximum de la douleur spontanée ou provoquée. Au contraire la douleur est diffuse même dans le cas de perforation utérine accidentelle ou criminelle où l'infection se fait par propagation de voisinage. De plus le météorisme n'est pas ordinairement très accentué, la matité du foie n'est pas supprimée à la percussion. En effet, il n'y a pas ici brusque passage de gaz et de matières dans la cavité péritonéale mais l'infection seule, sans effets mécaniques, se trouve en cause.

Nous dirons la même chose des péritonites généralisées à pneumocoques où parfois on arrive au diagnostic par les commémoratifs : pneumonie ou infection à pneumocoques antérieure. Souvent la matité sera absolue en avant sur une certaine hauteur, car en général, ces péritonites ne sont pas vraiment généralisées, mais la poche purulente est située en avant des anses intestinales qu'elle refoule vers la colonne vertébrale et les fosses lombaires. La laparotomie a bien montré ces caractères ainsi que ceux du pus, franc, phlegmoneux, renfermant des amas fibrineux en amas nombreux et assez volumineux. Cependant M. Routier (1) a cité un cas où

(1) ROUTIER, *Soc. de chirurgie*, mai 1897.

cet enkystement n'existait pas. Enfin dans ces formes de péritonites généralisées sans perforation, on rencontre souvent de la diarrhée, la suppression des matières et des gaz, lorsqu'elle existe, n'est pas absolue et s'est établie peu à peu.

Les péritonites à streptocoques ne pourront guère se reconnaître que par des signes négatifs et par exclusion. Leur histoire est encore des plus obscure, tant dans leurs symptômes, que dans leurs causes et leur marche.

Pour conclure, nous dirons avec M. Routier : « lorsqu'on se trouve en face d'une péritonite généralisée, qu'on ne sait à quoi l'attribuer, qu'on ne trouve pas la raison nette de cette affection, on peut sans crainte affirmer l'appendicite pour peu qu'on trouve un peu plus de douleur à droite, un peu plus de contraction musculaire de ce côté ».

Nous voulons appeler l'attention sur une cause d'erreur diagnostique de la péritonite généralisée chez les jeunes enfants que nous a signalée un de nos collègues, interne d'un grand service médical infantile ; c'est la fréquence des points abdominaux dans les affections thoraciques. Dernièrement dans ce service, malgré une très légère congestion de la base du poumon droit, l'ensemble des symptômes graves, avec point de Mac Burney très net et vomissements bilieux, faisait laparotomiser pour péritonite généralisée, sans que l'on trouvât rien dans l'abdomen, un jeune enfant chez qui, deux jours après, le diagnostic de pneumonie droite devint évident.

- Enfin il est un diagnostic différentiel particulièrement difficile, c'est celui entre la péritonite généralisée de cause appendiculaire et l'occlusion intestinale. Cette affection peut être simulée par l'appendicite avec péritonite généralisée

surtout dans les formes par propagation comme nous l'avons vu plus haut et cela rend le diagnostic encore plus difficile. Nous essaierons néanmoins de l'esquisser à grands traits (1).

Le ballonnement du ventre, d'après M. le professeur Duplay, ne semble pas acquérir un aussi grand développement de la péritonite que dans l'occlusion intestinale vraie. Ce tympanisme égal dans toutes les régions dans la péritonite, peut, dans l'occlusion, se localiser à une partie du tube digestif.

La matité dans la région sous-ombilicale, indiquant la présence d'un épanchement, plaide, pour M. Duplay, en faveur de la péritonite. Nous pensons qu'en cas de doute, le toucher rectal peut être d'un précieux secours pour trancher le diagnostic : d'ailleurs ce toucher rectal doit toujours être pratiqué avant d'affirmer une occlusion intestinale puisque la cause de l'occlusion, l'obstacle, doit être cherchée partout.

La douleur et la sensibilité du ventre resteraient plus longuement localisées dans l'occlusion, elles se généraliseraient rapidement à tout l'abdomen en cas de péritonite. Nous avons vu à l'étude de la symptomatologie ce qu'il fallait en penser et nous ne croyons pas que l'on puisse s'appuyer bien sûrement sur la douleur, sa localisation et sa diffusion.

La constipation toujours absolue dans l'occlusion est souvent moins complète, au début de la péritonite et même peut être remplacée par de la diarrhée. De même les vomissements franchement fécaloïdes sont plutôt du domaine de

(1) DUPLAY, *Archives de Médecine*, novembre 1876, page 513.

l'occlusion. Suivant la remarque du professeur Gosselin cité par M. le professeur Duplay, entre les vomissements bilieux et les vomissements fécaloïdes, il y a de nombreux intermédiaires constitués par des liquides bruns, verdâtres, foncés, troubles, sales qui se rencontreraient plutôt dans la péritonite par perforation.

La marche de la maladie à son début permettra quelquefois de faire le diagnostic, la péritonite au début s'accompagnant souvent d'élévation de température avec un pouls petit, filiforme, l'occlusion ne présentant ces symptômes que plus tardivement et avec certaines complications.

Enfin en cas de doute, il faut faire la laparotomie et si l'on tombe sur une occlusion, faire, comme l'indique M. Nélaton, un anus contre nature qui est le vrai traitement de cette affection.

CHAPITRE IV

Traitement.

Dans un mémoire sur l'appendicite, Roux (de Lausanne) disait que les péritonites généralisées appendiculaires « ressortissaient moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres ». De nombreuses discussions sur l'intervention même dans ces péritonites, sur le moment le plus favorable à cette intervention et sur ses résultats, ont eu lieu dans toutes les sociétés savantes, dans tous les congrès et en France, surtout à la Société de chirurgie. Si un certain nombre de chirurgiens en sont restés à l'attente et au choix du moment opportun, la plupart sont devenus partisans de l'intervention et de l'intervention hâtive.

Tout d'abord nous ferons justice des purgatifs et des lavements qui excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin, alors qu'il faudrait les supprimer pour tâcher d'éviter et la perforation et la diffusion de l'infection. Les cathartiques, dit M. Senn (1), sont absolument défendus dans le cas de péritonite par perforation. Si l'on veut tenter d'agir médicalement, lorsque le diagnostic d'appendicite aiguë étant posé, mais sans péritonite diffuse car alors hésiter n'est plus permis, il faut au contraire tenter de paralyser l'intestin pour empêcher la perforation et favoriser la formation d'adhérences qui enkysteront l'appendice malade et, pour cela, la diète,

(1) SENN (de Chicago), *Congrès de Moscou*, 1897.

la glace sur le ventre, l'opium à l'intérieur sont les seuls moyens logiques. Les sangsues et les vésicatoires *loco dolenti* sont souvent une cause de difficulté du diagnostic lorsque celui-ci n'est pas nettement posé d'avance ou lorsque l'affection change de caractère. Ils enlèvent bien la douleur, c'est vrai, mais la glace a le même avantage sans avoir les mêmes multiples inconvénients. De plus ils sont une gêne si l'intervention vient à être nécessaire.

Le moment de l'intervention, une fois celle-ci décidée en principe, a soulevé les discussions les plus ardentes. Tous les chirurgiens sont partisans de l'opération et la plupart, à l'idée d'intervention, ont joint l'idée de précocité dans cette intervention, espérant par là enrayer, dès leur début, les phénomènes de la péritonite en évolution.

M. Roux (1) (de Lausanne) dans une communication au congrès de Moscou, met dans l'intervention trop précoce la cause de la mort dans la forme mésocœliaque de l'appendicite aiguë. Cette variété où l'on ne sent pas l'exsudat solide profondément placé derrière les anses intestinales ballonnées, mais seulement l'exsudat séreux ou séro-purulent, ressemble beaucoup au début à la péritonite généralisée : mais au bout de deux jours, son évolution se fait comme dans les autres formes après production d'abcès. Pour que l'opération donne la guérison, il faut se bien garder d'intervenir pendant les jours de sidération péritonéale. En général l'abcès devient accessible par le flanc, le rectum ou le vagin du cinquième au septième jour. « En résumé, dit-il, je préconise l'intervention hâtive, c'est-à-dire l'incision de l'abcès dès que celui-

(1) Roux (de Lausanne), *Congrès de Moscou*, 1897.

ci devient accessible sans l'incision du péritoine, mais je suis d'avis qu'on ne peut jamais arriver, comme le prétendent les américains, assez tôt pour arrêter la maladie dès ses premières heures. »

De même M. Reynier (1), déclare que la guérison étant l'exception dans la péritonite généralisée, il préfère employer les moyens médicaux (toniques du cœur, sérum) pour permettre à l'organisme de résister, « à la localisation de s'effectuer » et alors il intervient pour évacuer le pus. Il profite du moment d'accalmie très souvent trompeuse qui se produit, pour opérer, à moins que l'état général et local lui permettent encore d'attendre pour laisser les adhérences se fortifier. « On pourrait, dit-il, m'objecter que je laisse mourir en 48 heures ou 3 jours, des malades qu'une intervention précoce aurait pu sauver. J'avoue que cette objection ne m'arrête pas beaucoup.

Ces propositions nous semblent propres à jeter le trouble dans l'esprit et c'est en les discutant que nous chercherons à démontrer la nécessité d'une intervention précoce, très précoce même. L'idée de M. Roux d'attendre le cinquième ou le septième jour pour laisser se localiser l'abcès nous paraît une reculade, une négation de la première partie de sa phrase: « Je préconise l'intervention hâtive », même avec la restriction qui la suit. Nous ne pensons pas qu'il soit possible dans la majorité des cas de distinguer la forme mésocœliaque de l'appendicite aiguë de la péritonite généralisée et du moment que M. Roux admet lui-même que le plus souvent ces deux formes se ressemblent beaucoup, au début du moins,

(1) REYNIER, *Soc. chirurgie*, 1897.

nous concluons à l'opération précoce. En effet, si d'un côté on a une péritonite généralisée, l'intervention seule peut amener la guérison et si l'on a affaire seulement à une péritonite localisée, l'opération n'est pas susceptible d'aggraver l'état du malade. Le péritoine ouvert et drainé, l'appendice réséqué s'il est rencontré, l'organisme est au contraire dans les meilleures conditions pour résister. D'ailleurs peut-on espérer vraiment que l'affection, si, dès le début, le péritoine est touché, puisse se localiser, soit vers le 3^e jour, comme le pense M. Reynier, soit vers le 5^e ou 7^e jour, comme le dit M. Roux ? Ne doit-on pas craindre, au contraire, de perdre un temps précieux et de ne plus intervenir que dans de mauvaises conditions, souvent trop tard ? « M. Reynier, dit M. Nélaton (1), a parlé de péritonite généralisée arrivant à se localiser. Je crois qu'il ne faut pas laisser s'établir une pareille notion qui serait désastreuse. J'ai vu dans la péritonite généralisée la mort subvenir au 6^e jour et déjà le pus remplissait la totalité de la cavité péritonéale. Dans la péritonite généralisée, il ne faut pas compter sur une limitation possible des accidents.

M. Kummel (2), au congrès de Moscou, annonce que toutes ses opérations contre la pérityphlite récidivante ont été faites alors qu'il n'y avait plus de symptômes alarmants et que toutes ont été suivies de guérison. Chez les quatre cents cas non opérés, dit-il, il y a eu seulement 5 0/0 de décès. Eh bien ! c'est justement ce que nous reprochons à cette méthode, c'est d'avoir eu 5 0/0 de décès, c'est d'avoir attendu au point que dans un aussi grand nombre de cas, l'interven-

(1) NÉLATON, *loc. cit.*

(2) KUMMEL (de Hambourg), *Congrès de Moscou*, 1897.

tion n'a pu être faite, que pour un motif quelconque on n'ait osé ou pu intervenir. D'ailleurs comme on l'a fait remarquer à plusieurs reprises dans les discussions de la Société de chirurgie, combien de malades comptés comme guéris dans ce nombre ont-ils eu des récidives combien peut-être ont trouvé la mort dans une de ces récidives, et sont portés une fois à la colonne des morts et trois ou quatre autres fois dans celle des guérisons médicales. Dans la même séance du même congrès de Moscou, M. Sonnenburg (1) faisait remarquer que sur cent cas de collections purulentes ouvertes dans la première attaque d'appendicite, il a toujours obtenu une guérison complète et que dans 70 0/0 des faits opérés par lui, il a trouvé des lésions très graves de l'appendice iléo-cæcal.

M. Crestovich (2), parlant du traitement rationnel de la péritonite aiguë purulente, dit que c'est l'intervention pratiquée le plus tôt possible. Pour lui la guérison parfaite est très possible, si les malades ont recours à temps au chirurgien et si celui-ci intervient promptement. Les insuccès sont dus en grande partie à une intervention chirurgicale tardive.

M. Chevalier (3), chirurgien des hôpitaux, parlant de quatre malades atteints de péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire, relate quatre morts, deux pour avoir été opérés trop tard, deux pour n'avoir pas été opérés, leur état étant désespéré lorsqu'on l'appela.

M. le professeur Dieulafoy (4) cite de nombreux faits où

(1) SONNENBURG (de Berlin), *Congrès de Moscou*, 1897.

(2) CRESTOVICH (de Salonique), *Congrès de Moscou*, 1897.

(3) CHEVALIER, *Congrès français de chirurgie*, juillet 1897.

(4) DIEULAFOY, *loc. cit.*

L'intervention rapide seule a sauvé le malade et des faits non moins nombreux où une opération l'eût sauvé peut-être. Quoi qu'en dise M. Roux, dans certains cas où l'on paraît avoir affaire à une forme très rapide, on peut obtenir le succès avec une intervention précoce. La malade de notre observation 16 a été opérée par M. Routier vingt-quatre heures à peine après le début des accidents et pourtant elle était déjà en pleine péritonite. M. le professeur Dieulafoy se demande ce qu'il en serait advenu si l'opération eût été retardée seulement de quelques heures. De même les malades de nos observations 32, 33, 34 pour ne citer que trois des plus typiques, opérés respectivement les 3^e, 1^{er} et 2^e jours, auraient-ils eu un avantage quelconque à attendre une intervention dont le pronostic fût devenu avec le temps de plus en plus grave. Nous ne pensons pas que l'on puisse nous contredire à ce sujet et nous ne voulons pas énumérer longuement celles de nos observations qui font foi de ce que nous avançons et où il sera facile de se reporter.

D'ailleurs, s'il faut bien reconnaître son peu d'efficacité dans les formes septiques de la péritonite aiguë diffuse d'origine appendiculaire, il n'en est pas moins vrai que seule, l'intervention précoce, excessivement précoce, a quelque chance de succès. Dans les cas moins rapides, nous ne croyons pas que l'on puisse, une fois la séreuse péritonéale touchée, espérer une localisation. D'autre part le diagnostic, nous l'avons vu, entre la péritonite généralisée ou localisée est souvent très difficile, quelquefois impossible. Aussi, conseillons-nous, dans ces cas, l'intervention précoce, comme si la péritonite était certaine. M. Quenu dit (1) : « Je suis d'autant plus inter-

(1) QUENU, *loc. cit.*

ventionniste que je suis appelé plus tôt dans les appendicites aiguës, où je m'inquiète de prévenir une perforation, une péritonite généralisée, un accident contre lequel je serais à peu près désarmé. Pour oser cette intervention précoce, il nous suffit de prouver aux médecins que notre méthode est innocente, ne peut aggraver la situation du malade. » Et en effet, nous pensons, comme M. Quenu, que l'on doit toujours, en cas d'incertitude sur l'existence d'une péritonite généralisée, ouvrir le péritoine. L'opération aura l'avantage de faire cesser les douleurs en supprimant la tension de la séreuse, elle évacuera le foyer septique qui l'a infectée ou pourrait le faire dans la suite, elle supprimera en cas d'appendices peu ou pas adhérents, perforés ou non, la source de l'infection, elle drainera le foyer infect et s'opposera à la continuité de l'intoxication en aidant l'organisme à se défendre plus facilement.

Dans ces cas, l'intervention précoce, hâtive, que préconise M. le professeur Dieulafoy (1), a pour but d'empêcher la toxinfection élaborée dans la cavité close, d'infecter tout l'organisme. Souvent, comme il le fait remarquer, ces formes graves, septiques, intoxicant et tuant rapidement le malade, ont un début peu bruyant et l'appendicite s'annonçait comme devant être des plus bénignes.

M. Tuffier (2) proclame que l'intervention, lorsqu'il y a du pus dans la fosse iliaque, s'impose pour les mêmes raisons et avec les mêmes résultats que dans les cas de l'intervention herniaire.

Nous ferons maintenant remarquer combien souvent l'at-

(1) DIEULAFOY, *loc. cit.*

(2) TUFFIER, *Soc. de chirurgie*, juillet 1895.

tente a amené de désastres : ce sera la contre-partie des succès donnés par l'intervention précoce dont elle montrera en même temps l'importance, la nécessité. « Je me reprocherai toujours, disait M. Routier (1), à propos de l'enfant de notre observation 7, le cas d'un enfant de 7 ans 1/2 auprès duquel je fus appelé, le troisième jour après le début des accidents qui avaient consisté en la douleur, les vomissements, l'absence de selles et de gaz et la rapidité du pouls sans température. Quand je le vis il semblait mieux, le lendemain une forte débâcle intestinale faisait croire que tout allait bien se terminer, lorsque le sixième jour, les phénomènes reprirent avec une intensité telle que je fus rappelé et dus pratiquer une laparotomie *in extremis*. » Dans notre observation 28, nous voyons les symptômes d'une appendicite aiguë paraissant assez bénins, au troisième jour, pour faire rejeter une intervention qui, vingt-quatre heures après, est des plus urgentes et se fait dans de très mauvaises conditions. Et pourtant le facies était bon, le pouls peu élevé, la température presque normale. Nous avons à plusieurs reprises entendu M. Routier, que nous avons eu l'honneur d'aider dans cette opération, regretter devant nous de n'être pas intervenu la veille.

Nous citerons aussi un cas rapporté par M. Brun (2) opérant une appendicite devant M. Moizard, médecin des Enfants-Malades. Celui-ci racontait qu'un petit malade entré la veille, dans son service, avec tous les symptômes sérieux de cette affection, avait vu tous ses accidents disparaître par la diète et une application de sangsues. Or l'après-midi, une

(1) ROUTIER, *loc. cit.*

(2) BRUN, *Soc. chirurgie*, juillet 1895.

rechute survint et M. Albarran dut laparotomiser à 8 heures du soir le petit malade qui mourut néanmoins 36 heures après.

Dans nos observations mêmes, on voit les résultats déplorables des interventions tardives (obs. 3, 11, 14, 37, etc.) : toutes sont suivies de mort, et l'on peut prétendre à juste titre qu'il n'en aurait pas été de même si le chirurgien avait opéré plus vite.

De plus, nous pouvons penser que l'intervention précoce sauverait des malades qui meurent de complications infectieuses diverses, longtemps après la guérison de leur péritonite aiguë diffuse. M. le professeur Dieulafoy fait remarquer avec raison que l'opération en vidant un foyer septique l'empêche de se propager, d'essaimer au loin pour ainsi dire. Elle mettra obstacle, s'opposera à la formation d'abcès du foie (obs. 19), d'abcès intra-péritonéaux comprimant tel ou tel organe, côlon transverse et estomac dans notre observation 13. On doit espérer que plus vite le foyer septique est ouvert, plus il y a de chances pour que l'infection ne continue pas son évolution.

Une autre preuve encore : remarquez les résultats déplorables dans le premier tiers de nos observations. Ce sont les faits d'avant 1892 et 1895, les faits du moment où l'on parlait à peine de l'appendicite. Aussi, voyons-nous dans l'observation 1 que le malade n'a même pas été opéré. Dans les suivantes, le médecin purge, met des sangsues pendant deux ou trois jours, le chirurgien lui-même hésite, la crainte d'un insuccès qui lui paraît certain, lui retient la main. En 1892 puis en 1895, la question est portée à la tribune de la Société de chirurgie et alors de tous côtés, au milieu de discussions

ardentes, se montrent des observations souvent malheureuses, parmi lesquelles quelques rares succès tendent quand même à pousser à la persévérance. M. Jalaguier (1) dit que quels que soient les résultats il faut intervenir et publie deux cas désespérés opérés par lui et guéris contre toute attente. M. le professeur Terrier (2) proclame que l'intervention dans les péritonites aiguës diffuses est grave, mais que seule elle doit être tentée et le plus tôt possible, que le médecin doit faire appeler le chirurgien au plus vite, quelle que soit son horreur du bistouri.

De même, notre maître M. Routier intervient d'une façon très précoce, dans toute appendicite aiguë où les symptômes semblent indiquer que la grande séreuse péritonéale est touchée dans son entier ou du moins en grande partie et nous ne l'avons jamais vu avoir à regretter cette ligne de conduite. Néanmoins il admet que tout malade tendant à faire du pus, surtout localisé, marche vers la guérison. Lorsque tout semble se passer dans la fosse iliaque, il surveille de près le malade, mais là encore il préfère l'opération rapide si la surveillance ne peut pas être des plus sérieuses. La lecture de notre observation 37 est très instructive sur ce point : une malade est vue en ville par M. Routier qui la fait entrer le soir à l'hôpital Necker. Le lendemain matin tout semble aller au mieux, on conclut à une résection à froid de l'appendice à faire quelques semaines plus tard, lorsque l'après-midi même des symptômes graves obligent à intervenir d'urgence. On trouve du pus dans tout le péritoine sans trace d'adhérences. Nous ne pen-

(1) JALAGUIER, *Soc. chirurgie*, 1892.

(2) TERRIER, *Soc. chirurgie*, 1892.

sons pas que l'on puisse prétendre que l'attente n'eût pas fait courir à la malade les plus grands risques.

Nous ne voulons pas terminer cet exposé par une statistique, mais nous ferons remarquer seulement deux choses : que le chiffre des succès presque nul au début, en proportion de celui des revers, donne dans ces deux dernières années une proportion inverse et que nos observations prises en bloc rapportent juste 50 0/0 de succès. En effet sur 39 observations nous avons un malade non opéré (obs. 4) et 18 succès. De plus nous pourrions déduire des revers, sans revenir sur l'époque éloignée du début où l'intervention a été faite, 4 morts par des complications impossibles à prévoir ou à déjouer ; une mort au 22^e jour d'occlusion par un abcès enkysté derrière l'estomac et le côlon transverse et comprimant cette portion de l'intestin (obs. 13), une autre au 24^e jour par infection du foie (obs. 19), une troisième au 16^e jour d'occlusion par brides, plicature, coudure de l'intestin (obs. 20) et enfin une dernière au 22^e jour par inanition et intoxication lente (obs. 26).

Nous n'avons pas voulu nous servir pour étayer notre opinion des nombreuses observations publiées à la Société de chirurgie par MM. Berger, Tuffier, Monod et tant d'autres chirurgiens ; il suffira de se reporter aux bulletins des séances de cette Société dont nous donnons à plusieurs reprises les indications bibliographiques dans cette thèse.

En résumé tant qu'il y a une lueur d'espoir il faut opérer. Une seule contre-indication, croyons nous, est admise aujourd'hui, c'est le collapsus terminal, lorsque le malade est à l'agonie. M. Jalaguier (1), dans la forme septique diffuse,

(1) JALAGUIER, *loc. cit.*

pense qu'il est inutile d'intervenir dès le 3^e jour ; en cas où il a le moins de doute entre la péritonite vraie et la péritonite septique diffuse, il intervient toujours et le plus tôt possible.

« Dès le début, dit M. le professeur Dieulafoy (1), avant l'éclosion des lésions péritonéales, la toxi-infection appendiculaire est là, menaçante : aveugle qui ne la voit pas et qui, confiant dans les formules surannées de typhlite et de colique appendiculaire, se paie de mots et temporise, alors qu'il faudrait agir ! »

(1) DIEULAFOY, *Leçon 16 des cliniques de l'Hôtel-Dieu.*

CHAPITRE V

Manuel opératoire.

L'opération de choix est la laparotomie. Certains chirurgiens la font médiane, sous-ombilicale, quitte lorsque le péritoine est vidé et lavé, à ouvrir la fosse iliaque droite pour exciser l'appendice si cela est possible et, en tout cas, drainer le foyer primitif de l'infection péritonéale. Nous avons souvent entendu dire à notre maître, M. Routier, que la laparotomie dans de tels cas est une opération d'urgence, devant être menée le plus rapidement possible, chez un malade déjà fatigué à qui un choc opératoire peut être funeste. D'après ce que nous savons de son opinion sur le diagnostic de la péritonite aiguë diffuse d'origine appendiculaire, nous n'étonnerons personne en disant qu'il pratique presque systématiquement la laparotomie latérale droite. Celle-ci peut être faite de différentes façons : incision de Roux (de Lausanne) parallèle à l'arcade crurale, éloignée de un ou deux travers de doigt de celle-ci, longue de dix à douze centimètres ou incision plus ou moins verticale, parallèle au grand droit de l'abdomen (Max Schuller). M. Routier incise le long du bord externe du droit, ouvre l'aponévrose de ce muscle qu'il fait récliner en dedans, pénètre derrière lui dans la graisse sous-péritonéale et ouvre le péritoine comme il est d'usage. Presque toujours, le muscle récliné, on aperçoit une ou deux collatérales de l'épigastrique, sinon cette artère elle-même, se portant obli-

quement en haut et en dedans. Elles sont coupées entre deux ligatures au catgut. Ce manuel opératoire nous semble avoir plusieurs avantages : il conduit directement dans le foyer principal appendiculaire, permet de sentir et de voir le cæcum qui est un peu en dehors et l'appendice : le petit bassin est par elle facile à explorer. On peut agrandir sans préoccupation la plaie et obtenir une place suffisante pour explorer toute la cavité péritonéale, la laver et la drainer. De plus cette incision nous a toujours paru favoriser l'ablation de l'appendice malade amené sans difficulté dans la plaie après l'énucléation. Enfin la cicatrice, une fois la guérison complète, est bonne, solide, si parfois elle n'est pas très belle (obs. 35).

Nous citerons pour mémoire la méthode qui consiste à faire une double laparotomie médiane et latérale pour favoriser le lavage. M. Peyrot (1) préfère la double incision iliaque et pense rendre ainsi le lavage plus efficace. Dans un cas, M. Monod (2) fit une laparotomie médiane et une double contre-ouverture l'une dans le vagin, l'autre dans la fosse iliaque droite et obtint une guérison. M. Grinda (3) préconise comme manuel opératoire, une incision qui suit le bord externe de la masse sacro-lombaire et s'incurve dans sa partie inférieure pour se prolonger parallèlement et à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque jusqu'à trois centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette méthode, surtout utile dans le cas d'abcès rétro-cæcal doit aussi être préférée dans les autres modalités, car elle permet, dit-il, en décollant le cæcum, d'arriver sur la collection, de la vider et de la drainer

(1) PEYROT, *Soc. de chirurgie*, mai 1897.

(2) MONOD, *Soc. de chir.*, mars 1897,

(3) GRINDA (de Nice), *Congrès de Moscou*, 1897,

plus facilement. De plus elle éviterait l'éventration consécutive. Nous ne pensons pas que les éloges que M. Grinda fait de ce procédé lui attireront beaucoup de partisans. Nous avons vu plusieurs fois, surtout en des cas désespérés, M. Routier marcher vers le point où la fluctuation lui avait montré la présence du pus (obs. 37), mais en toutes les autres circonstances, l'incision classique doit être préférée à notre avis.

Lorsque le péritoine est ouvert, tantôt on voit le pus s'écouler de sa cavité, tantôt l'épiploon plus ou moins épaissi doit être détaché et soulevé avant de lui donner issue. Dans un cas même nous avons vu cet épiploon formant un magma épais, une sorte d'éponge purulente où se perdait l'appendice gangrené et perforé (obs. 34). Alors on doit lier et détacher l'épiploon avec l'appendice. Quoi qu'il en soit, il faut évacuer tout le pus et pour cela M. Routier fait souvent incliner le malade vers son côté droit pour que l'incision soit sur le point le plus déclive.

Ensuite on lave ordinairement le péritoine soit avec une solution stérilisée de 7 pour 1000 de sel marin, soit avec de l'eau bouillie, soit avec de l'eau boriquée à 4 0/0, soit enfin avec une solution de sublimé à 1 pour 5000 et même pour 2000. M. Delbet (1) a montré que l'on ne devait pas craindre l'intoxication, si on prenait soin de faire avant le lavage antiseptique un premier lavage d'eau salée : de plus on doit aussi le faire suivre d'un lavage ordinaire pour ne pas laisser d'excès de liquide antiseptique. Le lavage se fait en général avec un bock à injection muni d'un caoutchouc terminé par une canule en verre. Celle-ci est menée rapidement en haut, en

(1) PIERRE DELBET, *Académie de médecine*, juin 1889.

bas, en dedans entre les anses intestinales et n'est retirée que lorsque le liquide sort clair. On fait ainsi passer de dix à quinze litres d'eau : M. Routier a l'habitude d'employer l'eau salée ou simplement l'eau bouillie stérilisée. MM. Bouilly (1) et Jalaguier ne pensent pas que par ce moyen on puisse arriver à nettoyer complètement la cavité péritonéale, ce qui serait l'idéal. Mais il semble que l'issue de la plus grande partie des matières septiques et la désinfection même partielle du péritoine suffisent à l'économie et lui permettent de faire les frais de la résistance. La cavité péritonéale est ensuite asséchée rapidement avec des éponges et des presses. Toutes ces manœuvres doivent être menées très vite pour ne pas exagérer le choc opératoire supporté par le malade.

Une question se pose ici, c'est celle de la résection de l'appendice. M. Brun l'enlève presque toujours, M. Routier ne le résèque que s'il lui vient facilement dans la main, si son énucléation est simple et surtout rapide, sinon il l'abandonne. Pour le réséquer il passe à sa racine un double fil de catgut dont l'un comprime l'appendice, l'autre le méso-appendice et l'artère qu'il renferme. Il coupe au thermo-cautère et touche avec soin le moignon appendiculaire avant de l'abandonner dans le ventre. La soie a l'inconvénient de s'infecter facilement et, à plusieurs reprises, M. Routier nous a fait remarquer qu'elle retardait la guérison en occasionnant des fistulettes dont la fermeture ne se faisait qu'après son expulsion (obs. 30).

Que l'appendice soit ou non réséqué, il faut drainer soi-

(1) BOULLY cité par JALAGUIER in *Traité de chirurgie*, t. VI.

gneusement le péritoine. Quelquefois, quand le foyer appendiculaire est infect, couvert de débris sphacelés, M. Routier y promène rapidement et légèrement une éponge saupoudrée d'iodoforme. Mickulicz draine avec son sac de gaze, d'autres mettent des drains seuls. M. Routier a l'habitude de mettre plusieurs gros drains en caoutchouc assez ferme pour ne pas craindre de les voir aplatis dans la plaie. Il les entoure de mèches iodoformées, afin d'avoir les avantages du drainage capillaire et d'éviter les ulcérations de l'intestin par pression contre un corps dur. Ensuite il rétrécit la plaie, si elle est très grande, avec quelques crins de Florence, mais la laisse toujours assez ouverte pour que les liquides en sortent facilement. On a proposé (Reynier) une contre-ouverture par le cul-de-sac de Douglas, nous pensons que cela doit être l'exception et que c'est là allonger inutilement l'opération.

Les drains sont enlevés au bout de quelques jours quand il ne sort plus de pus en trop grande abondance : à ce moment, il s'est formé autour d'eux un canal plastique et leur présence n'est plus nécessaire. Quant à l'utilité des lavages par les tubes chaque matin, elle est contestable vu la formation rapide des adhérences autour d'eux, comme nous venons de le dire.

Il faut aussi aider l'organisme à se défendre en soutenant le malade : on obtient ce résultat par les injections de sérum (eau salée à 7 pour 1000) faites sous la peau, par la caféine faite en même temps ou à part en injections hypodermiques. La diète doit rester absolue, sauf de temps en temps une cuillerée à café de champagne et d'eau de Vichy, jusqu'à ce que l'on ait eu des gaz. A ce moment on peut commencer à donner un peu de lait mais l'alimentation ne devra être re-

prise, et encore avec précaution, qu'après l'obtention d'une selle. Souvent on est forcé pour obtenir ce résultat de faire prendre un purgatif (huile de ricin de préférence) et le moment de son administration est des plus variables. Il faut pour l'oser être sûr que la péritonite a rétrocedé, et qu'il n'y a aucun danger d'amener une perforation de l'intestin. Cette débâcle est le signe de la guérison, le reste n'est plus qu'un ensemble de précautions hygiéniques et alimentaires, à moins d'une complication comme nous en avons décrit quelques-unes, jusqu'à fermeture complète de la plaie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

W..., 23 ans, géomètre. Entré le 12 juin 1890, salle Malgaigne, n° 38, hôpital Laënnec.

Le *lundi 9 juin*, après un déjeuner, composé d'œuf, de beefsteak et de cresson, le malade ressent une vive douleur dans le ventre. Il rentre chez lui et se couche. Il a quelques vomissements alimentaires.

Le *mardi 10 juin*, le Dr Catusse le voit et le purge. La purgation est rendue. Il n'y a ni selle, ni gaz, ni urine.

Le *mercredi 11 juin*, une piqûre de morphine fait attendre le malade jusqu'au soir où M. le Dr Routier le voit à 8 heures 1/2.

A ce moment il trouve le facies anxieux, la langue sèche, des sueurs profuses, le pouls petit à 120, la température à 38°4. Le ventre est ballonné, douloureux partout, bien que sonore partout. Il n'y a pas d'urine dans la vessie, le rectum est vide. Dans la journée se sont produits des vomissements porracés.

M. Routier pense à de la péritonite mais, outre la glace sur le ventre et l'opium à l'intérieur, ordonne un lavement électrique. La nuit est mauvaise.

Le *jeudi 12*, le Dr Larat donne le lavement électrique ; il obtient quelques matières sans gaz. Il pense à un étranglement par bride, haut situé. Dans l'après-midi, il y a une débâcle.

On l'apporte à Laënnec, où son état paraît assez bon pour qu'on n'appelle pas M. Routier.

13. — Il y a eu cette nuit dix selles abondantes sans rien de particulier. Ce matin, le facies est bon, avec la langue humide, le pouls à 90.

14. — Le malade est très bien, encore un peu de diarrhée.

15. — Dans la nuit le malade a eu de la diarrhée avec coliques. Ce matin il a eu deux vomissements porracés et meurt à 2 heures.

AUTOPSIE. — On trouve de la péritonite généralisée partie du cæcum. Au niveau de l'appendice se voit une perforation qui répond à un gros noyau contenu dans sa cavité. Ce noyau est formé de matières fécales accumulées autour d'un poil.

OBSERVATION II.

Auguste V..., 10 ans, sans profession, opéré le 10 décembre 1890.

Cet enfant a été pris il y a neuf jours, brusquement, de vomissements. Ses parents croyant à une indigestion le purgent, mais il vomit sa purgation.

Le lendemain 3 *décembre* le docteur Dubarry le voit et constate qu'il n'a pas rendu de gaz et se plaint d'une douleur vive en un point limité de la fosse iliaque droite. Sa température a été 38° le matin, 39° le soir.

5. — Les crises douloureuses se multiplient. On obtient des selles; seulement par des lavements.

7. — Le ventre se tuméfie. On commence à sentir une induration, à droite:

8. — Des vomissements alimentaires ont lieu. On met un vésicatoire sur le point douloureux.

10. — Il y a des vomissements porracés. L'enfant a un facies grippé. Le ventre est dur, ballonné, douloureux partout. Le pouls est rapide.

M. Routier fait anesthésier l'enfant pour aider au diagnostic. Il constate sous le grand droit du côté droit, dans la partie sous-ombilicale, une zone mate et empâtée. Le reste de l'abdomen est sonore.

L'intervention indiquée est acceptée par les parents et M. Routier fait, sans réveiller l'enfant, une laparotomie latérale au niveau de l'épine iliaque droite. Il passe d'abord au-dessous du péritoine, sur le fascia iliaque où un ganglion vient faire saillie. Tous le prennent pour l'appendice, mais M. Routier sent qu'il soulève la zone empâtée, il déchire le péritoine et voit sortir un flot de pus infect. Il fouille

prudemment avec le doigt au milieu du foyer, fait un lavage naphtolé et draine avec de longues mèches de gaze iodoformée.

Il y eut d'abord un léger mieux, mais dès le 3^e jour, la péritonite reprit son cours et l'enfant mourut de péritonite. Il a coulé des matières fécales par l'incision de la laparotomie, dès le premier jour.

OBSERVATION III

Du... A..., 38 ans; entre le 20 janvier 1897, hôpital St-Antoine, salle Velpeau, n° 43.

A eu la variole à 20 ans et plusieurs attaques rhumatismales à 15, 18 et 23 ans. Le malade n'a jamais eu de douleurs abdominales; il allait régulièrement à la selle tous les matins.

Il y a dix jours, il est brusquement réveillé à cinq heures du maint par des élancements, une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Il vomit dans la matinée du lait ingéré quelques heures auparavant. Les vomissements n'ont pas reparu. Il n'y a pas de constipation, mais au contraire 2 ou 3 selles diarrhéiques par jour.

A son entrée, le malade se plaint de douleurs abdominales peu vives spontanément, se réveillant de temps en temps et siégeant dans la fosse iliaque droite.

Le ventre peu ballonné est dur à la palpation. Celle-ci est très douloureuse, surtout vers la fosse iliaque droite. Elle dénote en ce point l'existence, non pas d'une tumeur véritable et limitée, mais bien d'un empâtement, d'une rénitence occupant toute la région du cæcum. A ce niveau la percussion donne de la submatité. Le facies est grippé. La langue saburrale. Pas de vomissements. Température le soir 38°6.

Le lendemain l'état est sensiblement le même.

22 janvier. — Température matin, 37°6.

L'incision de 6 centimètres au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, est faite couche par couche jusque et y compris le péritoine.

Après écoulement du pus et nettoyage du péritoine avec des éponges, on ferme la partie supérieure de l'incision par quatre points de suture. Par la partie inférieure de la plaie, sont introduites de longues bandelettes de gaze iodoformée qui vont le plus profondément possi-

ble. Il n'a pas été trouvé d'adhérences, ni de tumeur limitée fluctuante.

On ordonne 10 centigr. d'extrait thébaïque. Le soir température 38°2, pas d'agitation, vive sensation de soif.

Le malade ne se plaint pas de douleurs abdominales et dit même qu'il va mieux.

23. — Vers 6 heures du matin le malade est un peu agité. Il ne se plaint pas du ventre. Ses forces diminuent et sans symptôme particulier il meurt à 7 heures du matin.

AUTOPSIE. — 24. — Le ventre est un peu ballonné. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de pus mal lié et d'odeur très fétide. L'épiploon, infiltré de pus, adhère aux anses intestinales agglutinées par un exsudat purulent qui recouvre tout : c'est une péritonite purulente généralisée. Le pus fuse dans tout l'abdomen, dans le petit bassin, sous le foie, mais il est surtout abondant dans la région du cæcum.

Cet organe est relié à la paroi abdominale et aux anses voisines de l'intestin grêle par d'épaisses fausses membranes très difficiles à séparer les unes des autres et qui recouvrent complètement l'appendice iléo-cæcal. Toutefois, on ne peut retrouver à ce niveau les traces certaines d'un foyer primitivement limité. A ce niveau, dans le pus avoisinant le cæcum et l'appendice, on trouve une concrétion stercorale de la grosseur d'un pois et qui s'effrite sous le doigt.

L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ouverts sur toute leur longueur ne présentent rien de particulier.

Le cæcum et l'appendice isolés autant que possible des fausses membranes qui les entourent sont ouverts et examinés. Le cæcum est sain, mais l'appendice présente vers sa partie moyenne, une large perte de substance (5 millim.) dont les bords sont légèrement tuméfiés. Une autre perforation plus petite, de la largeur d'une lentille, siège sur le pourtour de l'appendice, au niveau de la partie non touchée par la perforation précédente.

Dans le reste de son étendue, l'appendice est noirâtre, gangrené. Une sonde cannelée introduite dans l'orifice cæcal de l'appendice ressort par la perte de substance. L'orifice cæcal n'est pas dilaté (2 millim.).

Le doigt, introduit au fond de la plaie opératoire, vient sous le cæcum, en dehors par conséquent du foyer purulent qui siégeait au côté interne du cæcum, en admettant qu'il fût primitivement limité, étant donné la durée relativement longue (12 jours) de la maladie.

Rien au foie.

Poumons et plèvres sains.

OBSERVATION IV.

Pierre R..., 14 ans, salle Malgaigne, n° 38, hôpital Laënnec.

Antécédents personnels. — A eu la fièvre typhoïde à 8 ans.

Ce malade a été envoyé à M. le Dr Routier du service de M. Gauthier.

Il y a 8 jours il a été pris subitement, au milieu d'une santé parfaite, de vomissements, de fièvre et de douleurs dans le ventre.

Il y a 4 jours une diarrhée avec matières filantes le fait purger. Cette purgation donnée le vendredi a été renouvelée mardi dernier.

Au moment où on l'amène, il se présente avec le pouls filiforme, le ventre ballonné surtout par distension de l'estomac, la fosse iliaque droite tout particulièrement douloureuse et mate, la langue étalée, rouge sur ses bords, des vomissements porracés abondants.

30 janvier 1891. — M. Routier fait d'abord une laparotomie latérale droite et obtient l'issue de liquide lactescent. Trouvant de la péritonite généralisée il fait ensuite une laparotomie médiane, lave le péritoine à l'eau naphtolée et bourre les plaies de gaze iodoformée sans rien refermer.

31. — Il n'y a plus eu de vomissements. L'aspect est meilleur. Temp. 37°4. Pouls à 84.

1^{er} février. — Le pansement a été changé deux fois. L'aspect reste meilleur. La langue est bonne, la température à 37°8, le pouls à 100. Le malade demande à boire du bouillon.

2. — M. Gauthier, interne du service, fait trois pansements et trois lavages. La température ce matin est à 37°8, le pouls à 80. La langue est bonne. Le malade réclame à manger.

4. — Le liquide qui sort par la plaie de la région cæcale est lactescent, avec une odeur infecte. La langue est bonne. Temp. 38°6.

12 mars. — Le malade se lève et marche, il engraisse.

En 1894 il entre à Necker pour voir M. Routier dont il a vu le nom sur la pancarte de consultation. Il est charretier chez un marchand de charbons et se porte fort bien.

OBSERVATION V.

An..., 11 ans.

Cet enfant, bien portant jusque-là, est pris dans la nuit du lundi 1^{er} août 1892 au mardi 2 de vomissements et de douleurs dans le ventre qui ont continué. Il est vu par M. le Dr d'Heilly le vendredi 5 août.

6 août. — L'enfant paraît fatigué, le pouls est petit, la langue étalée.

Le ventre est ballonné, sonore partout mais peut-être un peu moins à droite où il est plus douloureux. Pas de gaz, ni de matières. Mercredi il aurait rendu quelques matières en diarrhée. Il vient de rendre porracé.

Il y a à droite une hernie réductible ; les deux testicules sont cachés.

A 4 h. 1/2 du soir, M. Routier, après anesthésie par le chloroforme, sent une rénitence plus marquée à droite, mais fait néanmoins une laparotomie médiane. Il sort d'abord du bouillon sale puis du pus quand il arrive à droite où il sent l'appendice.

Une incision latérale le mène sur l'appendice qu'il résèque. Celui-ci est perforé à son extrémité au milieu d'une plaque de sphacèle et il contient une boulette stercorale grosse comme un pépin de citron. On nettoie avec des éponges, mais les anses sont tapissées de fausses membranes épaisses, verdâtres.

L'enfant meurt à 11 heures du soir.

OBSERVATION VI.

Désirée H..., 38 ans, hôpital Beaujon.

Le 15 avril 1892, M. le Dr Guyot prie M. Routier de voir une

malade entrée l'avant-veille dans son service. Elle a été prise brusquement le 10 de vomissements sans douleurs et a été purgée.

Au moment où M. Routier la voit elle présente des signes manifestes de péritonite généralisée ; vomissements porracés, poulx filiforme, ventre ballonné. Elle est allée à la selle le matin même.

Une laparotomie médiane, pendant laquelle la paroi saigne abondamment, donne issue à du bouillon sale et à des fausses membranes qui tapissent de nombreuses anses intestinales.

Du côté du cæcum, mais haut, vers le sein, M. Routier trouve un foyer purulent et ramène un petit calcul stercoral puis l'appendice mais avec difficulté.

Une seconde incision dans la fosse iliaque droite permet d'enlever l'appendice contourné sur son méso trop court et perforé.

Après lavage, on ferme l'ouverture médiane et draine la fosse iliaque avec de la gaze iodoformée.

La malade meurt le soir.

OBSERVATION VII.

R..., boulanger, 58 ans, février 1893.

D'une bonne santé habituelle, mais assez constipé, le malade n'ayant pas été à la selle depuis plusieurs jours, prend le 10 février de l'eau de Janos. Ce purgatif lui amène des selles liquides, noirâtres bien qu'il n'ait jamais fait de sang.

11 février. — Le malade finit sa bouteille de Janos.

12. — Il se trouve plus mal, souffre dans tout le ventre, surtout à droite.

13. — Il appelle M. le Dr Piot qui prescrit de l'huile de ricin.

Depuis hier matin il n'y a eu ni selle, ni gaz.

14. — Au moment où M. Routier le voit, le soir, le poulx est à 120, la respiration est gênée. Il n'y a pas eu de vomissement, la langue est humide. Il n'y a eu ni selles, ni gaz, les urines sont rares. L'ampoule rectale est dilatée sans rien d'appréciable.

M. Routier, craignant un néoplasme cæcal, conseille un lavement électrique et la laparotomie si le résultat est négatif.

15. — L'état est plus grave.

Sous chloroforme, M. Routier fait une laparotomie latérale par où s'écoule du liquide séro-purulent. L'appendice, gros comme une saucisse, replié sur lui-même, est perforé en 4 endroits. Il y a à côté quatre noyaux fécaux, gros comme des noyaux de dattes. On draine avec des mèches iodoformées.

Le malade meurt la nuit en collapsus.

OBSERVATION VIII.

M..., 48 ans, opéré le 14 juin 1893 aux frères St-Jean de Dieu par M. le Dr Walther, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la faculté, qui a bien voulu nous céder cette observation.

Ce malade est pris brusquement, le 10 juin, de douleurs dans la fosse iliaque droite, puis peu après présente des symptômes d'occlusion intestinale. Le médecin lui donne à deux reprises de l'eau-de-vie allemande le 12 et le 14.

Le 14 juin à une heure, M. Walther trouve le malade avec un teint terreux, le ventre ballonné mais sans vive sensibilité à la pression. Il a depuis deux jours des vomissements fécaloïdes, dit le médecin.

A 6 heures du soir, M. Walther fait une laparotomie latérale et après avoir agrandi son incision primitive trouve de la péritonite généralisée. Dans la fosse iliaque droite on voit quelques membranes purulentes sur plusieurs anses sans trace d'adhérences. L'appendice rempli de pus et perforé est réséqué ; son moignon est maintenu par un fil contre l'incision.

Après lavage du péritoine à l'eau bouillie chaude, il est mis quatre drains, deux dans le cul-de-sac recto-vésical, deux en dehors du cæcum. Des lames de gaze iodoformée sont disposées de façon à isoler autant que possible les anses les plus infectées.

M. Walther rétrécit ensuite son incision par quelques crins de Florence en laissant un large orifice de drainage. La nuit est agitée.

15. — La température le matin est à 38°4. Il y a sans cesse des vomissements noirâtres. Un lavage de l'estomac amène un soulage-

ment immédiat mais la péritonite continue évidemment son cours : le ventre est très ballonné quoique non douloureux à la pression.

La mort survient à 2 heures de l'après-midi.

OBSERVATION IX.

D..., 29 ans, opéré le 26 octobre 1893, salle Blandin, hôpital St-Antoine, par M. le Dr Walther.

Ce malade a été pris, il y a huit jours, de douleurs abdominales avec constipation et a dû cesser de travailler. De plus, il avait de la fièvre. La constipation cédait difficilement aux purgatifs et aux lavements.

26 octobre. — Le malade entre ce matin dans le service de M. le Dr Hanot avec 40° de température, de la constipation opiniâtre et des vomissements.

Le ventre est ballonné, douloureux surtout dans sa moitié inférieure et dans les fosses iliaques. Dans la journée il y a des vomissements fécaloïdes. La température du soir est de 39°.

L'interne de garde prescrit un lavement purgatif qui amène une débâcle, mais, malgré cela, la nuit est mauvaise avec de vives coliques.

26. — M. Hanot fait passer son malade en chirurgie chez M. Walther avec les renseignements précédents. Il y a eu une nouvelle selle ce matin : les vomissements ont cessé.

A l'examen, l'état général semble assez bon, la langue est sèche, le ventre un peu augmenté de volume, douloureux dans la région hypogastrique et les fosses iliaques. La percussion donne de la matité hypogastrique et de la sonorité hydro-aérique au niveau du cæcum. La température est à 38°, le pouls est lent.

M. Walther par une laparotomie médiane, vide et draine le péritoine. Le malade meurt le lendemain matin.

M. le Dr Macaigne fait l'autopsie et constate une perforation de l'appendice avec péritonite généralisée remontant jusqu'au-dessous de la rate.

OBSERVATION X.

R..., 7 ans 1/2. Mai 1894.

Cet enfant est pris le mercredi soir, en bonne santé, de vomissements et de douleur de ventre. Le lendemain jeudi matin, il se trouve bien, veut se lever, mais est forcé de se recoucher. Le soir M. le Dr Baudot fait appliquer de la glace sur le ventre et donne de l'opium à l'intérieur.

Vendredi. — Le poulx est à 120. Il y a une vive douleur abdominale : pas de selle, ni de gaz.

Samedi. — M. Routier, appelé, trouve le ventre dur, douloureux, mais l'enfant semblant mieux, il se décide à attendre.

Le dimanche il y a une forte débâcle de selles avec gaz, mais au lieu de mieux, il y a plutôt du pis.

Lundi soir. — L'enfant est très mal avec un poulx à 120.

Le mardi 8 mai. — M. Routier fait une laparotomie latérale. Il y a peu de liquide dans le péritoine, mais de larges fausses membranes verdâtres recouvrent l'intestin et l'épiploon qui est épaissi. En plusieurs points le pus paraît mal collecté, vers le foie, vers l'S iliaque et vers le petit bassin en particulier. L'appendice est dans le petit bassin, perpendiculaire au plan du détroit supérieur, plaqué contre la paroi. M. Routier le dégage avec peine et voit en son milieu une perforation. Entre celle-ci et l'insertion cæcale, il sent dans son intérieur une concrétion. Après ligature près du cæcum, l'appendice est réséqué. A son extrémité libre, s'ouvre alors un autre foyer purulent : sur la face postérieure de la vessie se trouve une plaque verdâtre. Un autre foyer purulent est ouvert dans le cul-de-sac recto-vésical.

Après un fort lavage, et l'assèchement avec des éponges, M. Routier draine avec des mèches iodoformées et suture au crin.

La nuit l'enfant a failli succomber dans l'hypothermie. On lui donne des injections de caféine et un lavement de champagne.

9. — Le matin le poulx est incomptable avec facies très grippé et le petit malade meurt dans la journée.

OBSERVATION XI.

Auguste G..., fermier, 53 ans.

A eu, à 20 ans, une fistule à l'anus qu'il a gardée pendant 15 ans avant de se faire opérer par A. Guérin et dont il est resté guéri depuis.

A partir de cette époque il a toujours été très dyspeptique.

9 décembre 1894. — Le malade se couche avec de la bronchite, après avoir pris froid dans une partie de chasse.

12. — Le malade est pris d'une douleur violente dans l'hypochondre droit. M. le Dr Guillot de Lizy l'examine et porte le diagnostic d'appendicite.

14. — M. le Dr Dessaigne de Meaux trouve le cas grave et parle d'opération. Le Dr Guillot, trouvant le malade mieux, s'y refuse et fait patienter.

16. — L'état du malade s'aggrave après un semblant de mieux et l'intervention est décidée.

17. — M. le Dr Championnière, appelé, envoie à sa place M. le Dr Routier. A son arrivée le malade a le facies abdominal, les yeux caves, le nez et les extrémités froids. Le pouls, petit, est à 100. Le ventre est uniformément ballonné, nulle part les muscles ne se contractent quoique la sensibilité semble un peu augmentée dans la fosse iliaque droite où l'on ne sent d'ailleurs pas de tumeur. La sonorité est normale partout.

Il y a eu une selle abondante le 10 : depuis, rien ou peu de chose et sans doute pas de gaz.

A 4 heures du soir, après anesthésie, la palpation n'ayant rien appris de plus à M. Routier, il fait, à cause de la douleur initiale, une incision sur le bord externe du grand droit. Le péritoine tant viscéral que pariétal est violacé. Les intestins distendus sont libres : il n'y a pas de liquide. Une adhérence ancienne unit le cæcum, par sa partie externe, à la paroi abdominale. En dedans, dans le petit bassin, M. Routier sent des indurations et fait sourdre du pus. L'appendice est adhérent le long et au-dessous du détroit supérieur. Il est amené

lié et réséqué : il porte une perforation. Après nettoyage soigné avec des éponges du petit bassin, on draine avec deux tubes et de la gaze iodoformée le petit bassin et le point de section de l'appendice. L'incision est suturée au crin de Florence.

Le malade meurt 14 heures après.

OBSERVATION XII.

(Publiée dans la *Presse médicale* du 16 mars 1895 et reproduite résumée dans la thèse de Honzé, 1896).

Jean M..., 13 ans.

Cet enfant, toujours bien portant, est pris de violentes coliques dans la nuit du 11 au 12 janvier.

12 janvier. — Au matin il est vu par M. le Dr Wickersheimer qui pense à un embarras gastrique et donne de l'huile de ricin. La purgation fait bon effet, mais la diarrhée continue le 13 et le 14.

14. — La diarrhée a continué, l'enfant paraît en bon état. Le soir il vomit à deux reprises.

15. — Après une bonne nuit, pendant qu'on le changeait de lit à 9 heures du matin, le malade est pris d'une violente douleur avec lipothymie. Une heure après, la température est à 40°, le pouls affolé est incomptable.

Le Dr Wickersheimer pense alors à une appendicite, prescrit opium et glace et demande une consultation avec M. Routier qui vient à 5 heures du soir.

A ce moment, l'enfant a le visage grippé, le nez froid, 49 respirations à la minute. Le pouls est à 124 pulsations. Il y a des vomissements porracés à chaque essai d'ingestion. Il n'y a pas eu d'urine depuis ce matin. Le ventre est ballonné, douloureux partout, mais avec une douleur plus exquise encore dans l'hypochondre droit où il y a de la submatité. L'intervention est décidée.

A 8 heures, l'état de l'enfant ayant empiré d'une façon effrayante dans ces trois heures, M. Routier fait une incision sur le bord externe du grand droit. Il sort du liquide lactescent dès l'ouverture du péritoine et bientôt du pus verdâtre, phlegmoneux, d'un foyer où se

voit l'appendice, dur, turgide, à extrémité libre gangrénée. M. Routier résèque l'appendice après ligature ; il est rempli de matières fécales durcies.

Sur les anses intestinales voisines, sur le bord droit supérieur se voient de larges plaques vertes. L'épiploon, très épais, portait sur sa face intestinale une large plaque purulente verdâtre ; il est attiré et réséqué après ligature. On fait un grand lavage à l'eau boriquée, surtout dans l'hypochondre droit et le petit bassin. Deux gros drains et deux mèches de gaze iodoformée drainent le foyer. La plaie est rétrécie avec quelques crins.

Traitement. — Diète absolue, 1/4 centigr. de morphine en injection.

16 janvier. — La nuit a été un peu agitée. L'enfant n'a rien pris ; on lui a lavé la bouche et donné en lavement quelques grammes d'eau. Le pouls est petit à 26, la température à 37°. Pas de souffrance. Il a pu uriner seul alors qu'hier M. Routier avait dû le sonder.

Le soir, le pouls est à 126, la température à 36°5. Le ballonnement est moindre, il y a eu des gaz et un seul vomissement.

M. Routier ordonne un ou deux lavements au champagne avec jaune d'œuf et une piqûre de 1/4 centigr. de morphine.

17. — Ce matin température 37°, pouls 120, respiration 28. L'enfant n'a vomi qu'une fois. Il a rendu ses lavements une heure après les avoir pris et, dit-il, avec des gaz. Le ventre est souple, non douloureux. Il y a une poussée remarquable d'herpès labial.

M. Routier autorise une cuillerée à café de grog toutes les 1/2 heures et deux lavements nutritifs.

19. — Pansement et ablation d'un drain.

21. — L'enfant a une selle spontanée. M. Routier enlève les mèches. Il y a un peu de suppuration.

24. — Le dernier tube a été enlevé hier. On ordonne 15 grammes d'huile de ricin. Tout va très bien.

28. — L'enfant a eu 39° avant-hier soir.

M. Routier trouve deux points durs et douloureux comme s'il se faisait des abcès dans le ventre, l'un au-dessus de l'arcade gauche, l'autre au dessus de la plaie.

29. — L'enfant est anesthésié et M. Routier ouvre un abcès intrapéritonéal gros comme une noix sur le bord du grand droit gauche.

Il enlève en même temps le fil qui liait l'appendice.

8 février. — Tout est guéri.

L'enfant s'alimente depuis plusieurs jours et se lèvera aujourd'hui.

OBSERVATION XIII.

Jérôme Q..., 16 ans, marbrier, entre le 9 juin 1893, salle Civiale, lit n° 10.

Il y a 8 jours, sans cause, le malade ressent une douleur dans la fosse iliaque droite. Le lendemain lundi, cette douleur très vive l'empêche de se lever. Il a des vomissements alimentaires. On lui donne un purgatif et des lavements.

A son entrée, il y a 5 jours qu'il n'a pas été à la selle. Le ventre est tendu, ballonné, sonore, plus douloureux à droite avec excès de sonorité dans cette fosse iliaque bien que cependant il y ait du liquide. Il y a des vomissements fécaloïdes. Le pouls bat à 110.

9 juin. — Le malade anesthésié, M. Routier fait une incision sur le bord externe du grand droit. Il sort du liquide louche et du pus : cela est très mal enkysté ou même pas du tout. Après un lavage abondant, il est mis deux gros drains et deux mèches iodoformées.

10. — Langue bonne. Pouls 110. Plus de vomissements.

12. — Le malade va très bien. Il a eu une selle abondante.

16. — Le ventre est ballonné, il y a de la diarrhée avec du ténesme rectal sans température, ni pouls anormal. On décide de donner une purgation.

M. Routier enlève les deux mèches.

17. — Le ventre est toujours ballonné. Il y a un mieux sensible.

18. — M. Routier fait porter le malade à la salle d'opérations, fait le lavage de toute la région où était la suppuration et remet un drain et une mèche.

20. — Le ventre est toujours ballonné. La langue est bonne.

Le température est à 37°, le pouls à 108.

28. — Toujours ballonnement du ventre. La température est à 37°8, le pouls à 110.

1^{er} juillet. — Mort.

AUTOPSIE. — Le côté opéré est bien l'appendice perforé au fond de l'ancienne cavité de l'abcès, mais tout le gros intestin était distendu outre mesure du fait d'un abcès, gros comme une orange, enkysté derrière le côlon transverse et l'estomac.

OBSERVATION XIV.

S..., employé, 34 ans.

M. S... est malade depuis huit jours environ. M. le D^r Florand le traite pour un embarras gastrique et cela ne l'empêche pas de se rendre à la caserne pour faire ses 28 jours.

12 octobre 1895. — A 9 heures du matin en allant à la selle, à la caserne, le malade ressent une violente douleur à l'épigastre. Il a presque une syncope et rentre se mettre au lit.

13. — M. le D^r Faisans lui trouve ce matin le ventre ballonné, le poulx misérable, les mains froides, le visage anxieux et en sueurs.

Il n'y a eu ni selles, ni gaz depuis hier matin. Le malade a vomi à plusieurs reprises hier dans la matinée, mais plus rien depuis hier midi.

M. Routier voit le malade à 2 heures. La palpation est plus douloureuse à gauche, les muscles de droite se défendent fort peu.

A 5 heures. — L'anesthésie étant complète, la palpation ne révèle rien de nouveau. La rénitence existe plutôt sur la ligne médiane. Mais, par principe, parce que c'est là une péritonite sans cause, M. Routier incise le long du bord externe du grand droit du côté droit. Il trouve des adhérences épiploïques et au-dessous un gros abcès entre les anses. Il coule environ $\frac{3}{4}$ de verre de pus phlegmoneux.

Après un lavage boriqué soigné, deux gros drains et des mèches iodoformées sont placés vers l'appendice.

Le poulx, très petit au moment d'opérer, s'est un peu relevé. Le malade se réveille très vite, reprend toute sa lucidité, mais les mains restent froides.

14. — Le malade meurt à 6 heures du matin.

OBSERVATION XV.

N..., 11 ans.

Antécédents personnels. — 1^{re} attaque grave en janvier 1895.

2^e en août, traîne jusqu'en septembre.

3^e En septembre.

4^e Le 3 novembre 1895.

A ce moment l'enfant est vu par le D^r Girode et par M. le professeur Lannelongue.

La période d'augment dure 3 jours puis survient une période d'accalmie, mais le pouls reste rapide à 120.

7 novembre. — L'état général est bon : il y a eu 3 selles avec gaz.

10. — Rechute brusque hier soir.

11. — Au moment où M. Routier voit le malade, il a le facies grippé, les pupilles dilatées. Le ventre est ballonné, dur, douloureux, la langue humide. Le pouls bat à 160 pulsations, la soif est vive. Il n'y a pas eu de gaz rendus depuis samedi 9 novembre.

Sous anesthésie à l'éther, M. Routier fait une laparotomie latérale sur le bord externe du droit antérieur. L'épiploon très adhérent est injecté en noir. Il sort du pus fétide et des lambeaux de fibrine. Le liquide péritonéal est jaune citrin. On voit des plaques vertes sur l'intestin.

Le professeur Lannelongue pousse M. Routier à chercher et à réséquer l'appendice. Celui-ci est sous le cæcum, très loin ; il est court, dur et porte deux perforations. Après un lavage sérieux il est mis deux gros drains et deux mèches de gaze iodoformée. L'enfant est reporté dans son lit avec un pouls imperceptible. On lui fait de suite une injection de caféine.

12. — Après une bonne nuit, sans vomissement, la figure change tout à coup et la mort survient à 10 heures du matin.

OBSERVATION XVI.

(Cette observation a été rapportée par M. le professeur DIEULAFOY dans sa 15^e leçon des *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 312.)

Mme C..., 72 ans, sans profession.

Cette dame souffre depuis quelque temps : elle a des alternatives

de diarrhée et de constipation. Elle est vue le 27 novembre 1895 par M. le professeur Dieulafoy qui ne lui trouve rien de spécial.

28 novembre. — Dès le matin, la malade ressent une douleur vive au point de Mac Burney. La température est à 38°5, le pouls un peu rapide à 90.

Il y a un peu d'état nauséeux. Le soir la douleur est vive, il y a quelques épreintes rectales sans résultat. La langue se sèche.

A 10 heures du soir, M. Routier, après avoir fait anesthésier la malade, trouve un gâteau au bord du droit, à mi-chemin de l'ombilic à l'épine iliaque. Il incise sur le bord externe du grand droit et tombe dans un foyer infect qui est nettoyé avec des éponges. Ce foyer était mal enkysté, l'épiploon venant en masse dans la plaie par le haut. En bas, M. Routier sent l'induration de l'appendice sans plus chercher à l'avoir. Il met des drains et des mèches iodoformées et fait le pansement sans rien suturer.

29. — La première partie de la nuit a été agitée, mais ce matin la langue est bonne, la température 37°2, le pouls à 80 pulsations. La malade n'a vomi qu'une fois.

30. — Le mieux s'est accentué. On ordonne un lavement évacuateur. Le pansement est fait.

2 décembre. — Une purgation donnée ce matin a bien agi.

5. — M. Routier pense apercevoir une petite perforation intestinale.

8. — La perforation reste douteuse, rien ne passant.

Ablation est faite du sphacèle de la région de l'appendice.

14. — Tout va très bien au point de vue chirurgical, mais il y a un peu de subdélire à l'état de veille. Les urines sont noires.

20. — Tout s'est arrangé.

La malade va très bien, elle se lève.

Elle boit 1 litre 1/2 de lait par jour.

16 janvier. — Sortie en voiture.

24. — La guérison est complète.

12 février 1897. — La malade vient montrer à M. Routier sa cicatrice qui est un peu douloureuse.

15. — Hier s'est montrée sur la moitié inférieure de la cicatrice

une phlyctène noire qui s'est ouverte laissant un gros trou qui va profondément.

22. — Il est sorti par la plaie, un calcul plus gros qu'un noyau de datte et qui est certainement appendiculaire.

24. — Il est passé du gaz par la plaie.

16 mai. — Il reste une petite fistulette.

OBSERVATION XVII.

Jules L..., 41 ans.

Il y a six ans le malade a eu des douleurs dans le ventre et le flanc droit, revenant par accès plusieurs fois par mois.

A ce moment, M. le Dr Rendu l'a soigné pour coliques hépatiques.

9 avril 1896. — Il se produit une vive douleur avec rétraction des testicules. Depuis il n'y a eu ni selles, ni gaz.

11. — Le malade a des vomissements bilieux.

14. — M. le professeur Dieulafoy prie M. Routier de voir le malade : son diagnostic est appendicite. Le ventre est météorisé avec point de Mac Burney exquis. Cependant le grand droit ne se défend pas : le diagnostic n'est pas net.

La langue est humide, le pouls à 104, la température à 37°2.

A cause de l'anxiété du malade M. Routier décide d'intervenir. Il fait une incision sur le bord externe du grand droit et trouve un appendice très long, contourné en S, qui est réséqué parce qu'il paraît plein de matières.

Toute la région est pleine de pus. Un gros abcès du petit bassin est ouvert et laisse couler en abondance du pus verdâtre bien lié. On sent les vésicules dures comme du bois et une surface rugueuse sur la paroi du petit bassin.

Après avoir lavé avec 8 litres d'eau salée, en brassant les anses intestinales, en conduisant la canule jusque dans le flanc gauche, en haut jusqu'au foie et jusqu'à la rate, en bas jusque dans le cul-de-sac de Douglas, M. Routier met deux gros drains et une mèche iodoformée.

15. — La langue est bonne, le pouls à 98, le ventre souple.

Le malade se sent soulagé.

16. — Le ventre est un peu ballonné.

17. — Des selles et des gaz sont rendus spontanément.

20. — M. Routier enlève un drain et la mèche.

1^{er} mai. — La guérison est complète.

OBSERVATION XVIII.

(Cette observation est rapportée par M. le professeur DIEULAFOY, dans sa 15^e leçon des *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897, page 314.)

Mme C..., 27 ans, sans profession.

Cette dame, accouchée pour la 5^e fois, sans accidents, depuis 49 jours, est prise brusquement, dans la nuit du 3 au 4 janvier 1896, d'une douleur vive appendiculaire avec des vomissements.

Le lendemain matin M. le Dr Budin qui la voit donne un lavement de sulfate de soude qui amène une selle bilieuse.

5 janvier. — La nuit a été mauvaise ; il y a eu des vomissements. La température est à 39°5.

M. Budin a donné de l'huile de ricin qui a été vomie, puis le soir du calomel.

6. — M. le professeur Dieulafoy fait venir M. Routier : la malade ressent une douleur abdominale épouvantable que l'effleurement de la peau exaspère encore. On ne voit pas de tuméfaction : le grand droit du côté droit est à peine résistant.

A 7 heures du soir, sous anesthésie, M. Routier fait une laparotomie latérale pendant laquelle il rencontre et lie l'épigastrique. A l'ouverture du péritoine, il sort à peine un peu de liquide louche. Cependant les éponges plongées dans le petit bassin ramènent du liquide louche.

L'appendice turgide avec un point ecchymotique à la base, avec son extrémité libre adhérente, est lié puis réséqué au thermo-cautère.

Après la mise en place de deux gros drains et d'une mèche iodoformée, on rétrécit la plaie avec des crins de Florence.

7. — La malade n'a pas vomi. Elle est très fatiguée, se plaint de

douleurs abdominales et de soif très vive. Le ventre est très douloureux vers le foie, non ballonné. La respiration est un peu haletante, la langue collante.

A midi, on trouve 96 pulsations à la minute ; la température est de 38°5. A plusieurs reprises, il s'est produit des douleurs aiguës dans le ventre.

M. Routier ordonne un suppositoire morphiné. A cinq heures, la malade se trouve mieux : elle n'a plus eu de coliques, a uriné un peu et a bu avec plaisir. La température est à 39°, le pouls à 92.

8. — Il y a eu des gaz rendus. La langue reste sèche. L'urine est plus abondante. La température est à 38°6, le pouls à 88. Le soir celui-ci bat à 90, la température est descendue à 38°4.

9. — La malade n'a pas dormi la nuit. La température est à 38°4, le pouls à 92. Le soir on donne un lavement évacuateur.

10. — La nuit a été bonne. En faisant le pansement, M. Routier enlève les drains tachés d'un peu de pus à leur extrémité profonde. Il y a écoulement d'un peu de liquide séro-sanguinolent. La mèche iodoformée est remplacée par une mèche salolée.

12. — L'abondance de la suppuration oblige à enlever la moitié des crins.

14. — La mèche est supprimée.

17. — La température remonte à 38°2 avec un peu de douleur du membre inférieur gauche.

19. — Température 38°4. Il s'est produit une légère embolie pulmonaire à gauche.

20. — L'apyrexie est complète. Toute douleur a disparu. Il coule toujours un peu de sérosité purulente et la jambe gauche est toujours un peu œdématiée.

4 février. — M. Routier remet un drain dans la fistule.

12 mars. — La plaie est fermée et la malade se lève aujourd'hui.

OBSERVATION XIX.

(Cette observation est citée par M. le professeur DIEULAFOY, dans sa 15^e leçon de ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 312.)

Marie de P..., 12 ans.

L'enfant a été prise subitement le lundi soir, 15 juin 1896, de douleur abdominale et de vomissement.

Le lendemain elle a 38°8 et pendant plusieurs jours garde des douleurs avec vomissements, frissons et température allant le vendredi soir à 40°1.

Le 20 (*samedi*) à midi, M. Routier est appelé par M. le professeur Dieulafoy et M. le D^r Claisse. La malade a eu le matin une garde-robe avec gaz, elle a vomi, sa température est 38°9. Le ventre est à peine sensible, un peu météorisé, avec une légère défense du muscle droit en avant de l'appendice. L'enfant montre parfaitement comme maximum de la douleur, le point de Mac Burney.

La langue est un peu sèche, l'état général assez bon.

Après un moment d'hésitation, M. Routier se décide à opérer à cause de la température à 39°, et du pouls à 120. Sous chloroforme, il incise le long du bord externe du grand droit.

L'épiploon masque tout, il faut pour le relever détacher son extrémité adhérente et épaissie. Le cæcum est un peu vascularisé, l'intestin un peu distendu, presque sain. L'appendice gros et dur, caché par la terminaison de l'iléon, situé en dedans et sur le bord du détroit supérieur, est détaché péniblement, lié et sectionné au thermocautère. Il est absolument sphacélé, couleur feuille morte et porte une perforation sur sa couture. En cherchant à libérer ce qui reste de l'appendice, M. Routier crève un gros abcès de l'angle iléo-cæcal. Il lie le reste de l'appendice et sectionne au thermo. Deux drains sont mis debout, une mèche iodoformée va jusqu'au fond et la plaie est ensuite rétrécie avec quelques crins de Florence.

21. — La malade n'a plus vomi, a rendu des gaz dans la journée, se trouve très bien. Ce soir la température à 37°6, ce matin est descendue à 37°2, le pouls de 98 est tombé à 92.

22. — Les selles sont très difficiles à cause d'un amas stercoral. Les drains sont enlevés, la glace sur le ventre supprimée. La température est à 37°, le pouls à 92.

23. — La température est remontée à 38°6, le pouls à 100. La mèche fait un peu de rétention, mais comme elle tient, M. Routier n'ose la tirer.

24. — Température 38°6, pouls 120 pulsations. Du pus coule au moment où l'on enlève la gaze. Le soir la température est à 39°4.

25. — La température, normale le matin, monte à 40°2 l'après-midi, le pouls passe de 160 le matin à 120. L'état général est assez bon. Rien au pansement. Il y a eu selles et gaz dans la journée.

26. — Mêmes phénomènes : après apyrexie le matin, le thermomètre monte l'après-midi à 40°8 en même temps que le pouls est à 134 pulsations.

27. — La suture a été enlevée hier, et, ce matin, la plaie rouverte en entier laisse couler en abondance de la sérosité infecte.

M. le professeur Dieulafoy vient voir la malade qui à ce moment a 37°2 comme température et 92 pulsations à la minute.

28. — De nouveau la malade a 40°6 et 140 pulsations.

M. Routier plonge le doigt dans la plaie sans en faire sortir de pus, même de derrière le cæcum. Après un lavage la température tombe à 37° mais pour remonter à 4 heures à 40° avec 120 pulsations. Le soir on trouve 38° de température et 130 de pouls.

29. — La nuit a été agitée. Le matin la température est à 40°6 : elle redescend à 37° vers midi pour remonter à 40° quelques heures après. Le pouls reste autour de 130. Il y a des douleurs dans la région hépatique.

30. — Encore 40° ce matin. La malade vomit tout ce qu'elle prend.

1^{er} juillet. — Température 39°6. Il n'y a pas de douleurs. On donne dans la journée quelques cuillerées de lait d'ânesse.

3. — Il se produit de nouveaux accès de fièvre à 40°. Il y a des frissons : le foie est gros et douloureux.

M. le Dr Rendu appelé en consultation est de l'avis de M. le professeur Dieulafoy et de M. Routier : leur diagnostic est infection hépatique avec abécès milliaires.

4. — L'enfant meurt à 5 heures du matin.

OBSERVATION XX.

Jean R..., 11 ans 1/2.

Depuis six mois, environ, l'enfant a souvent des douleurs de ventre, la marche, les jeux causaient des douleurs dans la fosse iliaque droite. Souvent ces crises douloureuses avec vomissements, céphalée, lui ont fait interrompre ses études.

Il a eu une crise il y a quinze jours ; une amygdalite a été soignée dans la dernière semaine.

23 juin 1896. — Le soir, l'enfant ressent une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Il se produit en même temps des vomissements.

24. — Le malade se plaint de nausées, de faiblesse dans les jambes ; à midi il est obligé de se mettre au lit.

Le D^r Gaume le voit vers le soir et sent l'appendice gros comme une saucisse le long de la crête iliaque. Il ordonne de l'opium à l'intérieur et de la glace sur le ventre.

Le pouls est à 90, la température à 37°, puis à 39° un peu plus tard.

25. — M. Routier voit l'enfant à midi avec le D^r Gaume : la température est à 38°5, le pouls à 120. La langue est collante, le facies grippé. Le malade anxieux a rendu peu d'urine. Il aurait eu quelques gaz.

Le ventre, contracté dans sa moitié droite, est souple à gauche. L'enfant indique nettement comme maximum de la douleur le point de Mac Burney.

M. Routier, après anesthésie, incise le long du droit. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule du pus abondant bien lié, venant surtout de l'angle iléo-cæcal et du petit bassin. L'appendice situé entre le cæcum et la fosse iliaque, gros, gangréné par places, sans perforation, renfermant un calcul plus gros qu'un noyau de datte, est extirpé difficilement, lié puis réséqué au thermo-cautère. L'épiploon est lié et réséqué en partie.

Il est fait un grand lavage du petit bassin et du sinus iléo-cæcal

jusqu'au rein. Il n'y a pas trace de fausses membranes ni d'adhérences : les anses intestinales sont libres dans le pus.

Après assèchement du péritoine avec des éponges, M. Routier met deux gros drains au fond du petit bassin, un troisième dans le tissu iléo-cæcal, deux mèches iodoformées et fait le pansement en interposant en son milieu une vessie remplie de glace.

26. — Les vomissements n'ont pas reparu : température $37^{\circ}4$, pouls à 100. Le ventre est souple. L'enfant a bien uriné. La nuit il y a une alerte assez sérieuse pour que l'on aille faire lever M. Routier : le pouls était petit, filant, la douleur abdominale assez vive.

27. — Des gaz ont été rendus. La température est à $37^{\circ}2$, le pouls à 96.

29. — Des lavements multiples amènent une selle mais avec de grandes difficultés.

30. — On enlève les mèches et le drain cæcal externe : les deux autres sont raccourcis. Il se produit une selle.

3 juillet. — Le pansement est souillé par les fèces : il n'y a pas de selle naturelle.

10. — L'enfant ressent par crises des douleurs atroces à l'épigastre.

Le pouls est à 80, la température à $38^{\circ}2$. Il y a des vomissements. On sent sous le grand droit une corde dure, correspondant sans doute à l'épiploon lié et réséqué.

11. — Il y a des signes d'occlusion intestinale.

M. le professeur Dieulafoy et M. Routier trouvent de la matité dans toute la moitié gauche sous-ombilicale du ventre et pensent à un abcès.

A 8 heures du soir, sous chloroforme, M. Routier fait une laparotomie médiane. Il sort du liquide séreux très abondant à l'ouverture du péritoine. Les anses intestinales sont rouges, arborisées, distendues.

Après quelques recherches, M. Routier trouve cinq ou six points d'étranglement par adhérences et plicatures dans la fosse iliaque droite près du cæcum, dont le bout appendiculaire coupé par la ligature paraît à la plaie.

Après ouverture de l'intestin grêle sur la ligne médiane et quelques sutures superficielles on fait un pansement iodoformé :

L'enfant meurt à 2 heures du matin.

OBSERVATION XXI.

Cette observation est rapportée par M. le professeur DIEULAFOY dans ses *cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897, leçon 15, page 310.

Jean S..., 9 ans 1/2.

L'enfant gros mangeur est habituellement constipé.

En décembre 1895 il a été pendant 4 jours constipé avec vomissements et coliques, sans localisation.

En avril 1896, il eut une sorte d'embarras gastrique fébrile avec coliques et localisations à droite pour lequel on porta le diagnostic de pérityphlite. Pendant cette crise, l'enfant dut garder le lit 6 jours et fut très surveillé au point de vue alimentation et garde-robe.

24 juin. — Il se produit de vives douleurs abdominales avec point de Mac Burney très net, constipation, arrêt des gaz, vomissements. La température est à 38°. Dans la nuit elle monte à 40° et les vomissements reprennent. On ordonne un lavement d'huile.

25. — M. le professeur Dieulafoy appelé par M. le Dr Landowsky est d'avis d'intervenir de suite et fait demander M. Routier. Celui-ci à son arrivée trouve M. le Dr Hutinel qui cherche à temporiser, mais devant une température de 40° et un pouls à 140, il décide les parents à l'intervention qui est faite par lui à une heure de l'après-midi. A ce moment le ventre est souple à gauche, dur comme du bois à droite où le simple affleurement fait pousser des cris à l'enfant.

M. Routier incise sur le bord du droit. A peine le péritoine ouvert il sort du pus non puant qui vient surtout de la face externe du cæcum couvert de plaques verdâtres et très vascularisé. En dedans et en dessous, se trouve l'appendice qui est attiré avec difficultés, lié et réséqué au thermocautère. Il porte plusieurs plaques gangréneuses et une perforation par où sort un calcul. L'artère du méso-appendice échappée à la ligature est reprise et liée.

Après une toilette soignée avec des éponges, M. Routier met deux

drains et des mèches iodoformées, puis suture incomplètement avec des crins de Florence. Le soir 7 heures, l'enfant est agité et vomit. Sa température est descendue à 37°, son pouls à 120.

26. — Il y a eu un nouveau vomissement. La température est à 37°2, le pouls à 120. La langue est humide, le ventre souple. L'enfant a bien uriné.

27. — Le pouls à 94 présente des intermittences. La température reste à 37°2.

28. — L'enfant va très bien : il a eu des gaz. La température est à 37°2, le pouls à 96 pulsations.

29. — Il y a eu des selles abondantes. L'enfant dort quand M. Rou-tier vient le voir. Il enlève les mèches et un des deux drains.

30. — La plaie suinte toujours un peu, ce qui fait laisser le drain.

4 juillet. — Le dernier drain est enlevé. L'état du petit malade est parfait.

13. — La cicatrisation de la plaie est presque complète.

OBSERVATION XXII.

Une jeune fille de 18 ans entre le 11 juillet 1896 à la Charité, dans le service de M. le professeur Tillaux suppléé par M. le Dr Walther. Jamais elle n'avait eu aucun signe d'appendicite ; mais quinze jours avant son entrée, elle avait été prise d'embarras gastrique, puis d'entérocolie assez intense avec diarrhée persistante.

L'attaque d'appendicite avait débuté le 8 juillet.

12 juillet. — M. Walther trouve seulement à l'examen un léger ballonnement du ventre sans trace de foyer, sans submatité. La douleur dans la fosse iliaque droite est très vive et s'accompagne de vomissements.

13. — Les accidents ne s'étant pas amendés sous l'influence du repos, de l'application de glace et de l'immobilisation de l'intestin par la morphine, la douleur ayant, au contraire, de la tendance à se diffuser, le ballonnement à augmenter, M. Walther intervient immédiatement.

A l'ouverture du péritoine, il n'y a aucune trace d'adhérences, mais

un peu de liquide séreux, légèrement trouble, baigne les anses intestinales. Ce liquide est recueilli dans une pipette.

Le cæcum, les anses d'intestin grêle voisines sont très rouges, vascularisées. L'appendice rétro-cæcal et ascendant est très long (12 centimètres), rouge, turgescant, dépoli. Nulle part il n'y a trace d'adhérences.

Après la résection de l'appendice et un drainage de deux jours, la malade guérit rapidement.

M. Achard qui a bien voulu faire l'examen bactériologique du liquide péritonéal et du contenu de l'appendice a trouvé dans celui-ci beaucoup de bactérium coli et des microbes divers de l'intestin, dans le liquide péritonéal, du bactérium coli.

Cette observation, ainsi que les trois qui vont suivre, nous ont été confiées par notre maître, M. le D^r Walther, agrégé à la faculté, chirurgien des hôpitaux. Elles ont été publiées toutes quatre par lui, dans sa communication du 2 décembre 1896 à la Société de chirurgie. Les trois observations suivantes sont intitulées par lui « appendicite avec péritonite généralisée », la précédente rentrerait plutôt dans la classe des appendicites avec péritonite aiguë diffuse, bien que l'on puisse soutenir que l'intervention précoce n'a pas permis à la péritonite de se généraliser.

OBSERVATIONS XXIII, XXIV et XXV.

I. — Garçon de 14 ans, opéré le 3 février 1896, 48 heures après le début des accidents. Péritonite à forme sèche avec fausses membranes s'étendant à distance sur les anses intestinales sans tendance à la formation d'un foyer ; appendice perforé. Dans la cavité absolument libre, sans trace d'oblitération ni de rétrécissement, un poil de brosse à dents. Dix jours auparavant, l'enfant avait eu l'amygdale piquée par un poil de brosse à dents et avait fini par le dégager en faisant des mouvements de déglutition. Continuation de la péritonite. Mort au bout de deux jours.

II. — Fillette de 3 ans, opérée le 24 juin 1896, 36 heures après le début des accidents. Liquide séreux louche dans la cavité péritonéale. Aucune trace d'adhérences. Appendice perforé recouvert de fausses membranes très minces, en plaques, comme les anses intestinales voisines, mais sans adhérences.

Cavité de l'appendice un peu rétrécie en haut mais libre ; dans la paroi plusieurs abcès indépendants autour de la perforation.

Guérison.

III. — Femme de 35 ans. Depuis trois semaines, signes d'appendicite subaiguë pariétale. Brusquement le 19 juin 1896 à 4 heures du matin, accidents graves, ballonnement du ventre, vomissements, hoquet, spasme de la glotte. Opération à 10 heures du matin, six heures après le début des accidents. Liquide séreux, louche, libre dans l'abdomen ; pas trace d'adhérences ; appendice gros, rouge, à parois épaissies, pas de perforation. Cavité un peu rétrécie, mais partout libre.

Guérison.

OBSERVATION XXVI.

Thérèse C..., 2 ans 1/2.

M. Routier est appelé, le 4 janvier 1897, par M. le Dr D'Argent auprès de cette enfant qui, le 30 décembre, a été prise brusquement de douleurs, de fièvre et de vomissements. De plus elle ne va pas à la selle. Comme symptômes, elle a du ballonnement et les signes de l'occlusion. La douleur ne semble pas plus vive à droite qu'à gauche.

Cependant le soir avec le Dr Jules Simon, la pression prolongée semble plus douloureuse à droite qu'à gauche. Le ventre est sonore partout.

On ordonne un lavement purgatif et de la glace sur le ventre.

5 janvier. — Elle a rendu des matières et des gaz, mais le ventre reste ballonné.

Le diagnostic hésite entre péritonite tuberculeuse et fièvre typhoïde.

8. — Pendant ces trois jours la température reste entre 38°6 et 39°8, plus haute le matin que le soir.

9. — Ce soir, il semble à M. Routier trouver quelque chose dans la fosse iliaque droite.

10. — L'appendicite se confirme. La température ce matin est 37°8.

11. — La température est de 37°8. Il y a eu une bonne selle. Une masse nette se sent dans la fosse iliaque droite.

12. — Après anesthésie, M. Routier incise en dehors du droit de l'abdomen. Il sort un demi-litre de pus très odorant. Après lavage, il draine et panse en laissant tout ouvert.

Rien n'était franchement collecté, l'épiploon était adhérent en avant, puis détaché, venait de tous côtés et à tous moments faire issue dans la plaie. Ces adhérences épiploïques avaient même fait croire un instant que la vessie était distendue.

13. — La nuit a été agitée. L'enfant a rendu des gaz et a uriné. La température le matin est à 40°5, le soir elle descend un peu à 39°4, mais la petite malade est abattue. Le ventre est souple, détendu.

14. — La culture du pus a montré que l'on avait affaire à du streptocoque.

La nuit a été agitée, la température reste à 39°6. Le pouls est plein, le facies bon. L'enfant a rendu des gaz d'odeur infecte : elle a uriné. Le pansement est très mouillé de pus infect.

15. — Il y a eu un peu de sommeil cette nuit. Le calomel donné hier a bien purgé. La langue est humide, la température est descendue à 38°2. Il coule toujours beaucoup de pus d'odeur infecte.

17. — Après deux jours d'apyrexie, la température remonte à 39°5, ce qui est dû pour M. Routier à la rétention du pus. Il remet donc un drain en dehors du cæcum.

18. — La température du matin est à 38°, celle du soir à 38°6. Il semble à M. Routier que des gaz passent par la plaie.

19. — L'apyrexie est complète bien que la suppuration soit toujours abondante. L'enfant a mangé une cervelle. Le soir la température remonte à 39°6.

21. — L'eau du lavement passe par la plaie.

22. — Des matières sont sorties par la plaie.

L'apyrexie est complète, la petite malade se nourrit.

25. — L'enfant vomit, sa température remonte à 39°5 le soir avec

le pouls à 140. Le ventre est un peu dur. La suppuration est toujours très abondante.

26. — La petite malade a un peu dormi, mais le facies est pâle, la température à 40°6.

Il y a eu une selle moulée et des gaz : le ventre reste un peu ballonné. Le pus coule abondamment.

29. — Hier il s'est produit un énorme écoulement de pus. La température est à 38°6. En somme, il y a une perforation intestinale haut placée, dans un large cloaque.

La petite malade ne se nourrit pas.

2 février. — L'état reste le même. L'enfant ne se nourrit pas et dépérit.

4. — La mort survient par inanition et par infection.

OBSERVATION XXVII.

P..., 57 ans.

Ce malade aurait eu, il y a un an, une crise douloureuse prise par M. le Dr Thorel pour une crise de coliques néphrétiques.

18 janvier 1897. — Le malade a fait des courses hier et s'est senti un peu fatigué. Ce soir, en rentrant de Chantilly chez lui à Paris, au moment où il se mettait à table, il ressent une violente douleur abdominale, mal localisée et vomit.

Dans la soirée, le Dr Thorel lui fait une injection de morphine.

19. — Le ventre est ballonné : il y a des vomissements, du hoquet et de l'anurie.

21. — M. Routier est appelé et constate un énorme ballonnement du ventre. La langue est sèche, la température à 36°2, le pouls à 120. Il y a du hoquet, les urines sont rares. Il n'y a pas eu de gaz depuis le 17.

Quand M. Routier dit que la situation est grave, il provoque le plus vif étonnement, mais M. le professeur Dieulafoy confirme le diagnostic d'appendicite avec péritonite et conseille de même l'intervention, en ajoutant qu'elle se fait dans de très mauvaises conditions.

Le soir même à 10 heures, le malade étant anesthésié, M. Routier fait une laparotomie latérale. Le péritoine et les intestins sont rou-

ges, il n'y a pas de liquide. Il trouve des traces de l'abcès de l'an dernier qui se sera résorbé, et a laissé des nodules jaunâtres parsemés autour du méso-cæcum et sous lui.

L'appendice, situé en dedans du cæcum, est très long, recourbé en U. Il est très difficile à sortir, puis lié, il est réséqué au thermocautère. Il contient des matières fécales et en deux points est très vascularisé. Même sur sa section, un point comme une tête d'épingle est sphacélé.

Après badigeonnage du foyer avec de l'iodoforme, la plaie est suturée au crin de Florence.

22. — Le malade a eu une garde-robe sans gaz et a un peu uriné.

Le poulx a des intermittences. Toute la journée le hoquet a été incessant. Le ventre est fortement ballonné. La température a varié de 36°2 à 36°4. On considère l'opéré comme perdu.

23. — La nuit a été moins mauvaise. La température est à 37°. Le poulx n'a plus d'intermittences : il est à 120. Il y a eu une selle liquide et des gaz : l'urine a été assez abondante. La langue est moins sèche : Les vomissements ont cessé et le hoquet a presque disparu.

24. — La nuit a été bonne. Le poulx avec quelques intermittences est à 120. La langue est encore sèche : il n'y a eu ni selles, ni gaz. Le malade est légèrement excité.

Le lavage d'estomac fait hier soir a déterminé du ballonnement. Le bruit hydro-aérique trouvé hier dans la fosse iliaque gauche est remplacé par de la matité. Le soir un lavement purgatif amène selles et gaz. Le ballonnement stomacal s'étant reproduit, on décide de laver l'estomac.

25. — La nuit a été bonne. Le poulx bat à 116 sans intermittences. Il y a une selle, des gaz, de l'urine émise en quantité normale.

La langue reste un peu sèche, l'estomac ballonné.

27. — La langue est rôtie. L'estomac reste ballonné malgré 20 grammes d'huile de ricin. Le poulx bat à 116, la température est à 37°3. On enlève les crins.

29. — La langue reste rôtie mais le ventre est souple. Il y a un peu de sang en caillots dans les selles.

30. — La langue est humide : le malade va très bien.

Une purgation, citrate de magnésie, amène une débâcle énorme de matières noires en purée.

1^{er} février. — Le pansement est fait. Tout est très bien.

4. — Il sort du pus par le dernier point de suture.

9. — La plaie est bien cicatrisée.

OBSERVATION XXVIII.

De P... 40 ans, sans profession.

Dans la nuit du 13 au 14 mars 1897, le malade est pris d'une violente douleur abdominale siégeant surtout du côté droit et s'accompagnant de vomissements et de douleur testiculaire.

M. le D^r Tisé pense à des coliques néphrétiques.

14 mars. — M. le D^r Rendu voit le malade qui a eu le matin 38° de température, et il pose le diagnostic d'appendicite.

15. — M. Rendu appelle M. Routier en consultation.

Le malade a le facies bon, la langue est humide. Le ventre ballonné surtout dans sa partie sus-ombilicale est peu douloureux. Cependant le maximum de la douleur est le point de Mac Burney.

Il a rendu des gaz et urine assez bien.

La température est à 37°, le pouls à 68.

Hier il y a eu deux crises douloureuses avec vomissements de bile.

On pense que la crise appendiculaire est près de finir.

Le soir la douleur se réveillant, M. le D^r Tisé fait une injection de morphine. En même temps on a mis de la glace sur le ventre et donné de l'opium et de la belladone à l'intérieur.

16. — Ce matin le malade est agité, il a les yeux caves, la langue sèche.

Il y a eu des vomissements bilieux. La température reste à 37°, mais le pouls est monté à 80 pulsations.

Les urines sont troubles : il y a eu émission de gaz. Le ventre est resté ballonné. On ordonne 1 gramme de trional.

A midi, il y a un état anxieux de mauvais augure.

A 4 heures, le facies est plus altéré, le malade a rendu des gaz, mais il est anxieux, avec la langue sèche, du hoquet persistant. Il a rendu une pleine cuvette de bile.

A 4 heures 1/2, sous chloroforme, M. Routier fait une laparotomie latérale. Il trouve de la péritonite généralisée, les anses intestinales rouges et distendues sont recouvertes en avant de fausses membranes vertes. Il n'y a rien dans la fosse iliaque en dehors du cæcum, mais en dedans vers le petit bassin on trouve un foyer purulent infecté dans lequel est un calcul appendiculaire.

Après lavage à l'eau salée tiède, M. Routier met trois drains et deux mèches iodoformées,

17. — Le malade, alcoolique d'ailleurs, a eu une nuit très agitée. Il a uriné et n'a plus vomi. La langue est humide. On lui a injecté ce matin 500 grammes de sérum. Le pouls est à 80, la température à 37°.

Le soir il se reproduit du hoquet, puis surviennent des vomissements fécaloïdes. Le pouls est petit à 80 pulsations. L'agitation est assez violente.

18. — Le malade meurt en pleine connaissance, pris d'une syncope en s'asseyant sur son lit.

OBSERVATION XXIX.

Antoinette M..., femme P..., 31 ans, cuisinière.

Le dimanche 21 mai 1897, vers midi 1/2, on m'appelle à la salle Foucher, pour une malade qui vient d'arriver et qui paraît être gravement atteinte.

Son mari qui l'accompagne me donne les renseignements suivants : Cette femme a été prise subitement à 5 heures du matin dans la nuit du 17 au 18, d'une douleur vive dans le bas-ventre. Elle a accouché normalement il y a 4 ans et n'a jamais souffert dans le ventre depuis.

Le 18 elle vomit. Le 20 au soir elle a 40° de température.

Elle aurait encore rendu des gaz et a eu une selle ce matin.

Le facies est assez bon, la langue est humide, le pouls bat à 120 pulsations.

Le ventre ballonné est sonore partout sauf dans la fosse iliaque droite où l'on voit une tuméfaction très nette, dure au toucher, pas très douloureuse.

Devant ces symptômes, je vais chercher M. Routier qui intervient

après avoir examiné la malade, vers 2 heures de l'après-midi, au pavillon Nélaton.

Sous chloroforme il incise sur le bord externe du grand droit. L'intestin grêle étant écarté avec des éponges, on voit le cæcum, rouge, tuméfié. Du pus est infiltré dans toute la région, surtout dans le sinus cæco-pariétal, mais il n'y a pas de foyer limité.

Sur le sommet de la tuméfaction cæcale se voit une cerise rouge et sur le côté une plaque de sphacèle : c'est l'appendice retenu contre le sommet du cæcum par une sorte de membrane en écharpe. Là, se trouve un pus infect, noirâtre, mal lié, très puant dans lequel un calcul gros comme un noyau de datte est libre, l'appendice étant totalement gangrené. M. Routier peut néanmoins l'isoler, le lier et le réséquer au thermocautère.

A sa place, il met 2 drains et des mèches iodoformées.

22 mars. — La malade n'a plus vomi ; la langue est humide, le ventre souple.

La température est à 39°, le pouls à 120.

25. — La malade est en bon état mais très excitée. M. Routier pense que c'est peut-être de l'empoisonnement iodoformé et fait changer les mèches.

26. — La folie continue : la malade déraisonne et parle constamment de son mari dont elle est excessivement jalouse. La plaie suppure beaucoup du fond.

27. — Il se produit une débâcle énorme. — La malade est toujours folle : elle se croit damnée pour avoir volé sa maîtresse, pleure et gémit sans cesse. Néanmoins elle comprend en partie ce qu'on lui dit et il suffit de la tancer un peu vertement pour qu'elle reste calme quelques heures.

31. — Les symptômes de folie restent stationnaires. Cinq grammes de chloral et 2 centigrammes de morphine la calment seuls.

1^{er} avril. — La malade est moins agitée, mais elle déraisonne toujours et reste triste.

On la lève et la distrait en lui faisant nettoyer des instruments, en lui confiant de gros ouvrages sur sa chaise longue.

16. — La folie est disparue.

La plaie est presque guérie. Il ne reste qu'une eschare sacrée par décubitus dorsal, qui s'est développée presque au début.

7 mai. — La malade sort : il reste encore, de l'eschare sacrée, une petite plaie qui ne tardera pas à être cicatrisée.

OBSERVATION XXX.

(Cette observation est rapportée par M. le professeur DIEULAFOY dans ses *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 306.)

Alfred de N..., 5 ans.

Le 22 avril 1897, à 5 heures de l'après-midi, au cirque, cet enfant, d'une bonne santé habituelle, est pris d'une vive douleur dans le ventre à droite. Il se couche en rentrant chez lui et passe une bonne nuit.

23. — Il vomit sans cesse de son réveil jusqu'à midi.

M. le Dr Renon qui le voit ne trouve rien dans l'abdomen sauf le point de Mac Burney douloureux. Il n'y a pas de défense musculaire. La température est à 37°8, le pouls à 115.

Le soir il y a moins de douleur, la température est descendue à 37°, le pouls à 100.

24. — Le matin le facies est grippé, le ventre douloureux avec défense musculaire à droite. La température est à 37°6, le pouls à 120.

M. le professeur Dieulafoy appelé auprès du petit malade fait demander M. Routier. A 11 heures à son arrivée, celui-ci constate un pouls à 140, le ventre très douloureux avec forte défense musculaire à droite. L'enfant urine bien : il n'a eu ni selle ni gaz depuis 30 heures.

A 1 heure, l'état a empiré beaucoup. C'est à ce moment qu'a lieu l'intervention décidée deux heures avant.

M. Routier fait la laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen dont la contracture a presque disparu sous le chloroforme. Il sort environ un verre de liquide louche avec des fausses membranes vertes. L'épiploon induré est attiré et laisse voir une plaque verte à sa face profonde : il est suivi de l'appendice, rouge turgide, avec une perforation à un centimètre de l'extrémité libre.

Une grosse plaque verte le recouvre près du cæcum. L'épiploon et l'appendice sont liés à la soie puis réséqués au thermocautère.

Après nettoyage sérieux avec des éponges, il est mis deux gros drains et deux mèches iodoformées. Deux points de suture rétrécissent la plaie. L'épigastrique a été, en route, sectionnée entre deux ligatures.

Un calcul stercoral absolument semblable à une capre, très dur, siégeait à un centimètre du cæcum et transformait l'extrémité libre de l'appendice en cavité close. La portion de cet organe entre le calcul et le cæcum paraît saine.

Le soir, à 6 heures, l'enfant a vomi de la bile. Le ventre non tendu, est douloureux. La langue est humide, il y a eu des urines. La température est à 37°4, le pouls à 128 pulsations.

25. — La nuit a été bonne, le facies est meilleur, la langue humide, le ventre souple, mais le pouls reste rapide à 138. M. le professeur Dieulafoy proclame partie gagnée, M. Routier ne partage pas son optimisme.

A 6 heures du soir, le petit malade a vomi plusieurs fois, est agité, a la langue collante. Son pouls petit, irrégulier est à 140, sa température est à 37°4. On ordonne un suppositoire morphiné de 0.002 milligrammes et des injections de 10 grammes de sérum artificiel avec 0.01 centigramme de caféine, une ce soir, une demain matin.

26. — L'enfant a vomi deux fois cette nuit, mais de l'eau venant de la boisson : il prend en effet quelques gouttes de champagne dans une cuillerée à café d'eau de Vichy glacée. Le pouls toujours rapide à 138 est moins irrégulier. Le ventre non ballonné, un peu distendu, gargouille. On ordonne quelques suppositoires à la glycérine.

A 2 heures l'enfant vomit chocolat, à 6 heures un peu d'eau. Le facies est bon, le ventre non ballonné.

En faisant le pansement qui est sec, M. Routier enlève les 2/3 de la mèche interne.

A 10 heures du soir, il y a émission de gaz.

27. — Dans la nuit a eu lieu une débâcle de matières et de gaz.

Il n'y a plus eu de vomissement : le pouls est encore à 140. Les drains tombés dans quelque mouvement sont supprimés.

1^{er} mai. — Les garde-robes sont régulières. Le petit malade va à merveille.

2. — Ablation des crins : la plaie est très bien.

15. — Tout paraît cicatrisé.

21. — Il paraît exister un petit trajet fistuleux, mais l'enfant se lève malgré cela.

29. — Un nœud de soie est sorti par la fistule.

4 juin. — La plaie est totalement cicatrisée.

Nous ferons remarquer que cet enfant a toujours été bien portant mais que son frère étant atteint d'entérite et soumis à un régime alimentaire, il a suivi avec lui ce régime depuis six à huit mois.

OBSERVATION XXXI.

M..., 21 ans, élève du Conservatoire, entré le 9 mai 1897 à l'hôpital Necker, pavillon Nélaton.

Ce jeune homme ressent, dans la nuit du 4 au 5 mai 1897, une violente douleur dans l'hypochondre droit. En même temps il a de la diarrhée.

5 et 6 mai. — Il continue à marcher malgré la douleur qui s'accompagne de diarrhée et de vomissements.

Le 6 au soir, il est obligé de s'aliter.

7 et 8. — Pendant ces deux jours les vomissements auraient cessé, il n'y a ni selle, ni gaz ; le ventre est ballonné.

9. — Il est vu le matin par M. le Dr Wattelet qui diagnostique une appendicite et l'envoie à l'hôpital Necker.

A son entrée le ventre est ballonné partout avec de la douleur et un peu de submatité au point de Mac Burney.

La peau est violacée, la température à 38°, le pouls à 120.

A 2 heures, sous chloroforme, M. Routier incise le long du bord externe du droit de l'abdomen. Il sort du pus abondant, puant et des fausses membranes.

Après un lavage à l'eau salée de toute la cavité de l'abdomen il

est mis deux gros drains et des mèches de gaze iodoformée. On laisse la plaie ouverte et on panse à plat.

Le malade meurt la nuit suivante à 5 heures du matin.

OBSERVATION XXXII.

Louis P..., 20 ans, sans profession.

20 mai 1897. — Après déjeuner, sans rien de particulier auparavant, ce jeune homme a un vomissement. Il ressent une douleur dans le bas-ventre, à gauche, mais ne se couche que le soir.

21. — Une cuillerée d'huile de ricin amène deux garde-robes, mais le malade se plaint d'épreintes vésicales et rectales.

22. — Il n'y a ni selle, ni gaz.

La température est à 38°, le pouls bat à 80 pulsations.

23. — Vers le soir, M. le Dr Cheurlot qui soigne le malade, s'aperçoit que le ventre se défend et vient chercher M. Routier à minuit. A son arrivée, celui-ci trouve le facies un peu tiré, la langue humide, la voix bonne. Le ventre est très légèrement ballonné, le muscle grand droit du côté droit est contracturé, en fer, la percussion ne donne pas de matité mais est très douloureuse : le malade indique lui-même comme maximum le point de Mac Burney. A gauche la paroi est souple, non douloureuse. Le malade urine clair. Sa température est 37°2 avec un pouls battant à 80 pulsations.

M. Routier porte le diagnostic d'appendicite avec nécessité d'intervenir au plus vite : il envoie chercher ses internes à l'hôpital, réunit les instruments et les objets de pansement nécessaires et opère à 2 heures du matin.

Sous chloroforme il fait la laparotomie latérale droite dont il est coutumier. Il n'y a pas trace d'adhérences, mais en soulevant le cæcum, il voit du séro-pus entre lui et la paroi de la fosse iliaque. De même un flot abondant de séro-pus vient de la partie interne du cæcum. Des plaques vertes se détachent de l'intestin et s'écoulent en même temps. L'appendice se sent le long du petit bassin ; M. Routier l'attire facilement mais en fait échapper par une perforation, un noyau fécal. Après l'avoir lié à la soie et au catgut, il le résèque au thermocautère.

En plongeant dans le petit bassin M. Routier fait sourdre un nouveau flot de pus. Après nettoyage avec des éponges, il promène dans toute la région une éponge imbibée d'iodoforme et place deux gros drains dans le petit bassin et un troisième le long et en dehors du cæcum. A ce moment sort un flot de pus venant d'en haut, du côté du foie, en même temps que de nouveau il en revient du petit bassin. On fait un grand lavage par les tubes et expulse ainsi une grande quantité de pus pur. Puis, un quatrième drain est conduit jusque sous le foie, des mèches iodoformées sont placées autour des tubes, deux points de sutures sont chargés de rétrécir la plaie et l'on panse avec de la gaze salolée.

24. — Le soir le malade n'a pas vomi. Il a uriné. La température est à 37°2, le pouls à 78. On lui a fait dans la journée une injection sous-cutanée de 750 grammes de sérum artificiel.

25. — Le malade a bien dormi la nuit ; la langue est bonne.

Il n'a pas vomi, a uriné abondamment et a rendu des gaz.

Il réclame à manger, rit et plaisante.

Sa température est de 38°, son pouls de 78 pulsations à la minute.

On lui fait 750 grammes de sérum et lui permet une glace en café.

26. — M. Routier supprime les deux drains cæaux et raccourcit ceux qui vont dans le petit bassin.

Tout va très bien, la température est normale, le pouls a 68 pulsations.

Le malade garde et digère bien le lait qu'il prend.

27. — On supprime les 2 drains pelviens et autorise les potages et les œufs.

28. — Une cuillerée d'huile de ricin amène une forte débâcle.

Le malade a une angine peu sérieuse avec quelques traînées blanches.

29. — M. Routier supprime la mèche iodoformée.

3 juin. — Il y a une suppuration très abondante mais sans fièvre.

24. — La suppuration a toujours continué, l'état général restant très bon. Le nœud de soie qui liait l'appendice est éliminé.

28. — La plaie est presque sèche. Le malade se lève, sort et marche.

OBSERVATION XXXIII.

(Cette observation est rapportée par M. le professeur DIEULAFOY, dans la 15^e leçon de ses *Cliniques de l'hôtel-Dieu*, 1897, page 316).

Henri G..., 14 ans.

Cet enfant, fort, robuste, a déjà eu deux crises appendiculaires dont la dernière au mois d'octobre 1896.

Bien portant hier 23 mai 1897, il joue au lawn-tennis une partie de l'après-midi, mais rentre fatigué et se couche sans dîner. La nuit il ne dort pas à cause d'une douleur abdominale et vomit une fois.

M. le Dr Leval fait appeler M. le professeur Dieulafoy, puis tous deux ayant décidé une intervention, font mander M. le Dr Routier. A son arrivée *le 24 mai à 8 h. 1/2 du soir*, celui-ci trouve le malade avec une douleur abdominale violente à maximum au point de Mac Burney, le muscle droit en défense, en bois, le reste du ventre tendu et douloureux. En même temps les mictions sont fréquentes. Le pouls est à 120.

Ayant envoyé chercher ses internes et fait tout préparer, M. Routier intervient à 10 heures du soir, sous chloroforme.

Son incision habituelle sur le bord externe du droit le mène dans le péritoine d'où sort aussitôt une grande quantité de pus séreux venant surtout du sinus cæco-pariétal et du petit bassin. Les anses intestinales sont rouges, recouvertes de plaques verdâtres.

L'appendice, senti très haut, sous le cæcum et en dehors de lui, est énucléé avec peine. Son fond est vert; son méso noir et épais : il porte près de son insertion au cæcum, une perforation par où sortent de la matière fécale et du pus. Le cæcum n'est pas mobilisable. Une ligature est jetée au-dessus de la perforation, puis l'appendice est réséqué au thermocautère.

Le nettoyage du péritoine avec des éponges est très long, car le pus vient en telle abondance qu'il semble se reformer au fur et à mesure que l'on nettoie.

M. Routier met deux drains dans le petit bassin, un troisième en dehors du cæcum au niveau de la ligature, puis après un grand lavage à l'eau bouillie, deux mèches iodoformées. Deux points de suture au crin rétrécissent un peu la plaie.

25. — L'enfant n'a plus vomi, sa langue est humide, le pouls est resté à 120 ; la température est à 37°7. On change la ouate du pansement salie par un écoulement assez abondant. Il a été fait ce matin 500 grammes de sérum artificiel.

26. — M. Routier retire le drain cæcal, mais comme il voit sortir du liquide noirâtre, il en replace un autre, un peu plus petit. Le ventre est souple : il y a eu émission de gaz. La température est à 37°2, le pouls à 100 avec quelques intermittences.

27. — La nuit a été bonne, le malade a dormi. Le ventre est souple ; le pouls est à 76, la température normale. On supprime le drain cæcal et raccourcit les deux pelviens.

3 juin. — Tout va très bien, c'est à peine s'il sort encore un peu de pus.

12. — La plaie est presque cicatrisée.

18. — Tout est fini : le malade se lève et marche ; il sortira dans quelques jours.

28. — Un nœud de soie est éliminé.

14 juillet. — Le malade guéri complètement était parti le 1^{er} juillet à Trouville. Le 6, le 9 et le 11 il a ressenti des coliques avec douleurs du côté gauche et 39° de température. On l'attribua à une alimentation trop large et d'ailleurs ces symptômes cédèrent à un peu de repos.

OBSERVATION XXXIV.

Henri D..., 18 ans.

Le dimanche 30 mai 1897, ce jeune homme va l'après-midi à Stanislas, son collège, et dîne le soir chez sa grand'mère malgré quelques douleurs abdominales.

31 mai. — La journée est mauvaise. Quarante grammes d'huile de ricin ordonnée par M. le Dr Moizard n'ont abouti qu'à quelques gaz.

La nuit est agitée, avec des douleurs abdominales excessives, presque syncopales.

1^{er} juin. — M. Roufier voit le malade à 4 heures de l'après-midi. Il a beaucoup vomi, la langue est blanche. Le ventre est dur, dou-

loueux, légèrement ballonné : le malade indique nettement le point de Mac Burney, comme maximum de la douleur. Le pouls bat à 104. La miction est difficile.

Il n'y a pas eu de gaz depuis 24 heures au moins.

A 5 heures, sous chloroforme, M. Routier fait son incision habituelle sur le bord externe du grand droit de l'abdomen. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule de la sérosité jaunâtre. Les anses intestinales sont libres, couvertes d'arborisations vasculaires. En dedans de l'incision, se voit un gros paquet épiploïque qui est attiré au dehors, ce qui donne un écoulement de pus très abondant. De ce paquet formé par de l'épiploon épaissi et qui est gros comme une mandarine, sort l'appendice, rouge, vascularisé et libre de ce point au cæcum, sur une longueur de 4 à 5 centimètres. M. Routier place une ligature double au catgut à la base du cæcum et lie ensuite en deux portions l'épiploon, assez haut pour éviter les plaques verdâtres. Cela fait, il enlève la masse.

Pendant le nettoyage du ventre avec des éponges, le pus coule en abondance surtout caractérisé lorsqu'il vient du petit bassin qui paraît en être rempli. Après un lavage à l'eau salée tiède, il est mis dans le petit bassin trois gros drains et une mèche iodoformée.

La plaie est rétrécie avec quelques crins de Florence.

L'examen de la pièce montre l'appendice très vascularisé se perdant dans le magma épiploïque : celle-ci à la coupe laisse voir une grosse cavité égale à une noix verte, remplie de liquide noirâtre, gangréneux, infect et renfermant un calcul gros comme une forte noisette.

2. — A midi le malade ne va pas mal. Le pouls est à 100, la température à 37°2. Vers le soir il se plaint de douleurs de reins intolérables, le pouls est remonté et bat à 120. M. Routier attribue cet état d'agitation à la présence perpétuelle de la famille à côté du malade, malgré ce qui a été fait pour l'en écarter et exige l'isolement absolu, sauf la garde bien entendu.

3. — Il y a eu regurgitation noire à plusieurs reprises et à minuit vomissement noir. On fait un lavage d'estomac vers onze heures. Le pouls est à 106, la température à 37°. Le soir la température

reste la même, le pouls descend à 101. Il s'est produit une selle liquide sans gaz.

Un second lavage d'estomac fait le soir, ramène du liquide plus clair. Le ventre est souple.

M. Routier enlève un des drains et raccourcit les deux autres.

4. — Le malade a été à la selle et rendu des gaz ; il ne vomit plus.

Le pouls bat à 100 pulsations. Les drains sont de nouveau raccourcis.

5. — L'état du malade est excellent. La mèche et un des drains sont enlevés : le dernier drain est raccourci puis supprimé le lendemain matin.

10. — Le malade ne peut uriner seul : il faut le sonder deux fois par jour.

13. — Le malade n'ayant pas eu de selles depuis 48 heures, il lui est ordonné de l'huile de ricin.

16. — L'huile de ricin n'ayant produit aucun effet le 13 juin a été renouvelée le 14, le 15 et ce matin. Il y a enfin une débâcle. Le malade doit se mettre sur le côté pour aller à la selle étant couché. Il urine seul.

29. — La guérison est complète : le jeune homme sort en voiture aujourd'hui et se promènera à pied dans quelques jours.

OBSERVATION XXXV.

Marguerite R..., 21 ans, sans profession, lit n° 1. Pavillon Nélaton.

Cette jeune fille, de bonne santé ordinaire et d'apparence vigoureuse a été chlorotique : elle est mal réglée.

Depuis 3 ans elle a souvent et avec facilité des vomissements qui viennent, dit-elle, sans motif.

Il y a un an, en octobre 1895, elle aurait souffert beaucoup de l'estomac : ces douleurs s'accompagnaient de vomissements. En avril 1897, il y a 3 mois, elle a eu une sorte d'indigestion avec vomissements et douleurs localisées par le malade à l'estomac. Ces phénomènes n'ont duré que quelques heures. Elle n'est pas constipée habituellement.

Jeudi 17 juin. — Vers six heures du soir, la malade est prise en rentrant chez elle, de vomissements verdâtres avec douleurs dans tout l'abdomen et dévoiement fétide.

M. le D^r Bouygues appelé de suite, fait le diagnostic d'appendicite, mais avec réserve et donne le traitement.

18. — M. Routier est appelé vers le soir auprès de la malade : elle a vomi le matin encore. Il lui trouve la figure bonne, la voix claire et bien timbrée, le pouls très rapide à 130, mais plein, fort.

Le ventre est douloureux partout mais avec prédominance à droite où le muscle se défend un peu. Il y a de la diarrhée et des gaz. La langue est un peu sèche. La température ce matin était de 39°, ce soir, à Necker, où M. Routier la fait transporter de suite, elle est de 38°8.

On continue le traitement : diète, opium, glace sur le ventre.

19. — Le matin la figure est bonne, la langue humide, la température normale, mais le pouls bat à 110. Il y a toujours un peu de diarrhée.

Vers 5 heures de l'après-midi la malade change brusquement : elle a une sorte de syncope avec visage grippé, nez pincé, yeux excavés. Le pouls très faible est presque insensible. La malade vomit en même temps du lait et de la bile.

Mon collègue et ami Heresco qui était à l'hôpital, fait prévenir M. Routier qui, comme lui, est d'avis d'intervenir de suite bien que la malade dise ne plus souffrir. Entre temps elle a vomi de nouveau de la bile.

A 6 heures, sous chloroforme, il fait la laparotomie latérale droite suivant son procédé ordinaire. L'épiploon étalé cache tout et ce n'est qu'après l'avoir écarté que l'on aperçoit le cæcum infecté, rouge. Il vient du pus en abondance du fond du cæcum, et de l'angle iléo-cæcal : il n'y a pas trace d'adhérences.

M. Routier après avoir épongé le pus, trouve et amène l'appendice qui est recouvert de plaques vertes de même que le cæcum, et l'intestin grêle. Pendant qu'il s'efforce d'amener l'appendice, du pus coule de nouveau en abondance. Après une seconde ligature au catgut, la première ayant coupé l'appendice, il résèque cet organe au thermocautère.

De nouveau du pus sort du ventre, mais venant surtout du petit bassin. Après nettoyage avec des éponges et après avoir promené dans la région cæcale une éponge iodoformée, M. Routier met deux drains l'un dans le petit bassin, l'autre près du fond du cæcum, place aussi deux mèches iodoformées et ferme aux crins de Florence mais incomplètement.

20. — La malade n'a plus vomi. La langue est humide, la température normale, le pouls très rapide, mais bon.

21. — Il y a eu des gaz rendus ce matin. La langue est humide, le pouls bat à 94, la température est normale.

22. — Les drains sont supprimés.

23. — On enlève les mèches.

26. — M. Routier enlève les crins. La plaie suppure toujours du fond. L'état de la malade est parfait.

30. — Bien qu'il y ait toujours écoulement de pus, la malade se fait transporter chez elle.

3 juillet. — Il y a eu un peu d'élévation de température que M. le Dr Bouygues attribue à de la rétention du pus, ce qui est probable puisqu'elle cède à la mise en place d'un drain dans la fistule, suivi d'écoulement abondant de pus pendant deux jours.

17. — Le drain est enlevé.

5 août. — La malade revient se faire voir à M. Routier. Tout est cicatrisé, elle est parfaitement guérie.

15 novembre. — Une nouvelle visite à Necker nous fait voir cette ancienne malade ne souffrant pas, parfaitement guérie. Comme le fait remarquer M. Routier, la cicatrice est assez laide à la vue, mais très bien constituée.

OBSERVATION XXXVI.

C..., 59 ans, architecte.

Ce malade souffre en tout temps de dilatation d'estomac et vomit souvent.

13 juin 1897. — Des douleurs abdominales s'accompagnant de vomissements forcent le malade à s'arrêter trois jours, puis il reprend ses occupations bien que souffrant encore.

4 juillet. — Une nouvelle crise douloureuse avec point de Mac Burney, vomissements, suppression des selles et des gaz, prend le malade.

5. — Le ventre est ballonné.

6. — M. le Dr Routier est appelé par M. le Dr Katz. A son arrivée il trouve le ventre ballonné avec défense musculaire à droite et point de Mac Burney très net. Le malade n'a plus vomi et aurait, dit-il, rendu des gaz aujourd'hui. La langue est blanche. Sa température est à 37°2, son pouls à 80. Les mains sont en sueurs, visqueuses.

A 7 heures du soir, sous chloroforme, M. Routier incise le long du bord externe du grand droit de l'abdomen du côté droit. L'ouverture du péritoine donne issue à de la sérosité purulente. Les anses intestinales sont rouges. Entre le cæcum et la paroi se voient des fausses membranes vertes. De la sérosité purulente vient en abondance du petit bassin.

L'appendice dur, rouge, situé sous le cæcum, est libéré, lié au catgut, puis réséqué au thermocautère.

Le péritoine étant nettoyé avec des éponges, M. Routier met trois gros drains debout dans la plaie, une mèche iodoformée et rétrécit l'incision avec deux sutures au crin de Florence double.

7. — M. le Dr Katz écrit que le malade n'a plus vomi et a rendu des gaz. Sa température est normale, le pouls bat à 56.

11. — Le malade va très bien.

13. — La suppuration est assez abondante mais l'état général est bon.

30. — Il n'y a plus qu'une petite plaie superficielle insignifiante. En octobre M. Routier reçoit de M. le Dr Katz une lettre annonçant la guérison parfaite du malade.

OBSERVATION XXXVII.

Eugène G..., 19 ans. Tapissier. Salle Civile, n° 3, hôpital Necker.

Ce malade sans antécédents héréditaires ni personnels entre dans la nuit du 19 au 20 octobre 1897, salle Boulay. Il vomit vert le 20 octobre au matin.

Lorsque M. le Dr Barth l'examine, il lui trouve le facies grippé,

la langue sale, jaunâtre, le ventre ballonné, mat à droite dans la fosse iliaque, douloureux partout mais surtout au point de Mac Burney où le malade dit avoir souffert au début. Il y a de la fluctuation profonde dans la fosse iliaque droite et le flanc droit.

La température à l'entrée était de 40°. Le pouls petit bat à 130.

Le malade dit avoir été pris il y a 13 jours de coliques violentes siégeant surtout dans la fosse iliaque droite.

Il prétend avoir été à la selle jusque dimanche dernier 17 octobre et dit avoir toujours eu des gaz, même encore ce matin.

Lundi et mardi, en ville, il a été purgé sans résultat.

Après son examen, M. le Dr Barth fait passer le malade à M. Rou-tier qui, séance tenante, lui ouvre le flanc droit au point le plus fluctuant entre les fausses côtes et la crête iliaque. Il s'écoule en abondance du liquide sale, séro-purulent. Après lavage à l'eau salée de la cavité péritonéale, on met un gros drain et deux mèches iodoformées.

Le pansement est fait comme d'ordinaire en interposant une vessie de glace au milieu de la ouate.

L'état du malade dans la journée ne devient pas plus mauvais.

On lui donne dans la nuit quelques cuillerées à café de champagne.

21 octobre. — Le ventre est ballonné, douloureux, la langue sale, le facies strié. Le pouls petit, très variable, bat à 150 environ.

A 3 heures de l'après-midi, le malade est pris de vomissements noirs et il meurt à 11 heures du soir.

AUTOPSIE. — Je trouve de la péritonite purulente généralisée à tout l'abdomen sans traces d'adhérences.

L'épiploon adhère un peu (adhérences jeunes) au cæcum et à la terminaison de l'intestin grêle.

Le cæcum laisse couler du pus lorsque l'on presse sur lui. Il porte une large plaque de sphacèle à l'endroit où s'insère l'appendice qui ne peut être retrouvé et doit être perdu dans les fausses membranes qui recouvrent le cæcum, la terminaison de l'iléon et l'angle iléo-cæcal.

Le drain et une des mèches iodoformées remontaient sous le foie

entre la paroi abdominale et le côlon ascendant. L'autre mèche était placée entre la paroi et le cæcum, un peu en avant de ce dernier.

OBSERVATION XXXVIII.

Louise R..., Vve P..., 37 ans, couturière. Entrée le 20 novembre 1897, salle Lisfranc, hôpital St-Antoine, service de M. le Dr Blum.

Cette malade n'a ni antécédents personnels ni antécédents héréditaires. Elle est ordinairement constipée.

Le *samedi 14 novembre*, dans l'après-midi, elle ressent une vive douleur dans le ventre, en soulevant un fardeau. Le soir elle va dîner en ville mais ne peut manger. Elle continue à travailler les jours suivants, malgré une douleur continue dans le ventre surtout à droite. Elle n'a ni selles ni gaz depuis samedi.

Le *vendredi 19*. — Au matin elle vomit vert.

Le *samedi 20*, en se levant, elle vomit de nouveau vert, mais en même temps, elle a presque une syncope et est obligée de s'aliter.

Le soir à 7 heures elle entre à l'hôpital.

M. Pédeprade, interne de M. Blun, l'examine et lui trouve le ventre ballonné, sonore partout, douloureux surtout dans la fosse iliaque où elle est exquise, se réveillant au simple affleurement de la peau. Le point de Mac Burney est situé un peu en haut et en dehors de sa situation habituelle. Tout le côté droit est moins souple que le gauche, le grand droit étant contracturé.

En même temps, le facies est grippé, le nez effilé ; les extrémités froides. La langue est sortie, la malade réclame à boire. La température est à 39°4, le pouls petit abdominal varie d'un moment à l'autre et bat entre 120 et 140. La malade vomit jaune depuis le matin.

M. le Dr Sebileau, chirurgien de garde, après examen, fait intervenir à 8 h. 1/2. Il fait faire l'incision de la ligature de l'iliaque, mais un peu plus haut que d'ordinaire et d'une longueur de 10 à 12 centimètres. L'ouverture du péritoine donne issue à du liquide louche (1/2 litre environ) venant de partout sans trace d'adhérences et sortant comme s'il était sous pression.

Le doigt introduit en dehors et en arrière du cæcum fait sortir un flot de pus franc, extrêmement fétide.

L'appendice est senti au milieu d'adhérences dues et l'on n'essaie pas de le sortir. Les anses intestinales sont recouvertes de fausses membranes verdâtres.

Après un grand lavage à l'eau salée chaude, on place deux drains, l'un allant en arrière du cæcum et un peu en haut, l'autre dans la même direction mais un peu plus court. On les entoure de mèches iodoformées et on rétrécit l'incision par un point au crin de Florence. Pansement iodoformé. Diète lactée.

21 novembre. — Il n'y a plus de vomissement, mais l'état général reste mauvais. La température est à 38°5, le pouls à 130.

22. — Même état général ; la malade revomit un peu. La température est à 37° cependant. Un lavement donné ce matin amène l'expulsion de gaz et de matières en abondance.

23. — L'état général est très amélioré.

24. — On enlève un drain.

29. — La malade va très bien et commence à s'alimenter avec des potages, du bouillon, du lait. Par le drain laissé il coule du pus en assez grande abondance chaque matin au pansement.

OBSERVATION XXXIX.

Emile R..., 19 ans, employé de commerce, entré le 9 septembre 1897, à l'hôpital de la Charité, salle Trélat, le 9 septembre 1897.

Le malade n'a ni antécédents héréditaires, ni personnels. Il y a six mois après avoir été à la noce de son frère et s'être fatigué, il a été pris de douleurs assez vives dans le ventre, sans localisation, sans constipation, ni diarrhée. Depuis ces douleurs se sont renouvelées toutes les fois qu'il s'est fatigué : elles apparaissaient le soir et le matin elles avaient disparu.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, à la suite de fatigues (une nuit passée à danser), le malade est pris de douleurs violentes dans le côté droit. Il s'alite, on lui met un vésicatoire et au bout de huit jours, il se relève guéri.

Le 29 août, il rentre à Paris et se remet au travail sans rien éprouver.

Le dimanche 5 septembre, c'est-à-dire six jours après, il se couche

le soir avec une légère douleur dans la fosse iliaque droite. Le lendemain matin il va à son travail, mais rentre à 11 heures se coucher avec la même douleur très violente.

Les mardi 7 et mercredi 8, un médecin le voit et le soir de ce dernier jour lui fait mettre de la glace sur le ventre.

9. — Il entre le matin à l'hôpital de la charité dans le service de M. le professeur Tillaux suppléé par M. le Dr Walther. A ce moment il a le facies pâle, les yeux excavés, le ventre très ballonné, douloureux partout. Le pouls petit est à peine sensible.

Il existe, depuis hier soir, des vomissements porracés ayant suivi des vomissements bilieux établis depuis mardi matin.

Le diagnostic porté est *péritonite généralisée*.

M. Walther fait, séance tenante, une longue incision parallèle à l'arcade crurale droite. Le péritoine rouge, injecté, une fois incisé, il tombe sur des anses intestinales couvertes de fausses membranes grisâtres, sèches, sans aucune adhérence. Il trouve assez facilement l'appendice perforé à son extrémité d'un orifice par où sortent des matières fécales. Après l'avoir réséqué à sa base, M. Walther fait un grand lavage et draine avec deux mèches de gaze iodoformée.

Il ordonne d'injecter dans le tissu cellulaire 1 litre de sérum et l'on renouvelle cette injection pendant les premiers jours.

Le jour même, le malade qui au début de la chloroformisation avait eu des vomissements presque fécaloïdes, cesse de vomir.

Le lendemain la fièvre est nulle et l'état général beaucoup plus satisfaisant.

Le pansement est fait chaque matin bien que jusqu'au 5^e jour il reste sec et que le 10^e jour seulement la plaie ait commencé à se déterger et à bourgeonner.

30 octobre. — Le malade est guéri : il ne reste qu'une petite plaie superficielle qui sera vite cicatrisée.

CONCLUSIONS

I. — L'intervention et l'intervention précoce seule est capable d'amener la guérison dans la péritonite aiguë diffuse d'origine appendiculaire.

II. — Les guérisons, si rares en cas de péritonite septique suraiguë, ne peuvent être obtenues que par cette intervention précoce.

III. — Plus on interviendra tôt dans la forme purulente de la péritonite généralisée, plus on aura de chance d'obtenir un succès complet.

IV. — L'opération que ce soit tel ou tel procédé de la laparotomie, que l'appendice soit ou non réséqué, doit être rapide, débarrasser le péritoine de tout liquide septique, le nettoyer autant que faire se peut et le drainer soigneusement.

Vu

Le Président de la thèse,
DIEULAFOY.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. St-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, St-Dizier (Hte-Marne).
